



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS EDUCATIVAS

Departamento Social e Cultural

**Universidade Sénior e Qualidade de Vida:
Estudo comparativo da perceção de qualidade de vida entre
frequentadores e não frequentadores**

Joana Filipa Martins da Cruz

**Dissertação para obtenção de Grau de Mestre em Educação Social com
Especialização em Intervenção Socio-educativa e Gerontologia**

Orientadora: Professora Doutora Filipa Coelho - ISCE

Co-Orientador: Mestre Diogo Teixeira - ISCE

Odivelas

2014



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS EDUCATIVAS

Departamento Social e Cultural

**Universidade Sénior e Qualidade de Vida:
Estudo comparativo da perceção de qualidade de vida entre
frequentadores e não frequentadores**

Joana Filipa Martins da Cruz

**Dissertação para obtenção de Grau de Mestre em Educação Social com
Especialização em Intervenção Socio-educativa e Gerontologia**

Orientadora: Professora Dr.^a. Filipa Coelho - ISCE

Co-Orientador: Mestre Diogo Teixeira - ISCE

Odivelas

2014

“Envelhecer é pura poesia... Até o sorriso fica entre aspas”.

Dedicatória

Às pessoas que me ensinaram a sorrir, a crescer e a saber...

Aos meus Bisavós,

À minha Avó Ana,

Ao meu Avô António,

Por estarem comigo, à distância de um sorriso...

*À minha Avó Liseta, pelo apoio incondicional há 26 anos
Por todos os momentos mágicos e com a sua luz me guiar para o caminho certo*

Obrigada... Sem vocês, isto não fazia sentido!

AGRADECIMENTOS

E porque na vida não caminhamos sozinhos e este sonho realiza-se porque tenho as melhores pessoas ao meu lado, chega assim, ao fim uma das etapas mais importantes da minha vida académica e pessoal...é a eles que eu agradeço, de coração, sempre com um sorriso, por cada passo dado em conjunto!

Ao meu **Avó António**, por ser a minha estrela guia, por tê-lo sentido em todos os momentos comigo, quando pensei em desistir e não me deixou desviar, por me encorajar, por me fazer sentir forte e capaz.

Ao **meu sobrinho**, que sem saber ainda, me proporcionou a maior das felicidades neste processo, foi o meu porto seguro ao sorrir para mim, ao me abraçar, quando tudo parecia desabar. Obrigada Salvador, Obrigada meu pequeno grande ser. Gosto de ti, daqui até à lua e da lua até aqui.

À **minha Avó**, por estar sempre ao meu lado, por nunca desistir de mim, por acreditar em mim e naquilo que sou capaz. Pelo apoio incondicional. É eterno.

À **minha mãe**, por me aturar nas piores alturas e compreender todo o meu mau feitio quando tudo parecia que não fazia sentido, e do seu jeito me fez entender que não valia a pena desistir. Consegui, como tu muitas vezes me disseste.

Ao **Vitor**, por seres quem és na minha vida há 18 anos, por te considerar um pai e me dares conselhos e apoio como tal.

Ao **Renato**, por todo o amor, carinho, compreensão e paciência. Obrigada por teres permanecido sempre ao meu lado.

À **minha irmã e ao meu cunhado**, que ao longe ou ao perto, incentivam-me e apoiaram-me. Obrigada por cada palavra dita.

À **minha família, tios, tias, primos e primas**, foram fundamentais nesta etapa. Já sabem, a família não se escolhe.

Ao **corpo docente e não docente do ISCE**, por todo o apoio, profissionalismo e incentivo, em especial à Coordenadora do Mestrado, Professora Fernanda Carvalho. Obrigada ao ISCE pelo ensino de excelência durante o meu percurso académico... sem dúvida que “o ISCE é o meu grande amor”.

Aos **meus orientadores**, Dr.º Diogo Teixeira e Prof. Doutora Filipa Coelho, por toda a paciência, apoio, por todas as mensagens, e-mails, por todas as horas e minutos, por cada palavra dita. Foram e são os melhores. Sem vocês, isto não fazia sentido.

À **Tatiana**, por ser a minha melhor amiga, a minha irmã, a minha companheira de todas as horas, por me ouvir quando preciso, por nunca me ter deixado desistir, por cada sorriso, cada gargalhada, por cada lágrima, por cada palavra, por cada momento de partilha. Muito, muito obrigada!

Ao **Tiago Mena, Rui Almendra, Dinis Teixeira, Melly Almeida, Ana Santos, Tânia Matos, João Peres, Fábio Sousa, André Pereira, Mariana Farinha, Vanessa Lage, Raquel Silva, Carlos Lopes, Pedro Ribeiro, Mauro Cruz, Liliana Borlido**, por toda amizade e compreensão, por todos os abraços, sorrisos e palhaçadas, foram essenciais nesta etapa. Tenho os melhores comigo.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte deste percurso! Obrigada de coração.

RESUMO

O envelhecimento tem-se tornado cada vez mais um tema a ser estudado a nível nacional e mundial. São consideradas pessoas idosas, os indivíduos com 65 ou mais anos. O presente estudo pretende por compreender o impacto das Universidades Sénior na condição física funcional, ocorrência de quedas, qualidade de vida e realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária do idoso. Para alcançar estes objetivos, será realizado um estudo transversal onde serão avaliados idosos com 65 ou mais anos, de ambos os sexos, sem problemas cognitivos e sem problemas locomotores. 25 Indivíduos que frequentem (GF) estas instituições, bem um grupo de 25 não frequentadores (GNF). É possível observar através dos resultados sociodemográficos a existência de diferenças significativas para o sexo, estado civil e escolaridade entre os grupos, tendo como predominância o sexo feminino. O grupo que frequenta apresenta uma maior escolaridade. Ao nível da qualidade de vida podemos constatar que existem diferenças entre os grupos no domínio físico, apresentado o GF valores mais elevados, não existindo nos outros domínios diferenças significativas (todos $p > 0.05$). O GF apresenta ligeiramente valores superiores em 3 das 5 variáveis não estatisticamente significativas, sendo elas a perceção da qualidade de vida em geral, o domínio psicológico e das relações sociais). Relativamente à capacidade física e funcional pode-se constatar diferenças a favor do GF. Quanto ao equilíbrio dinâmico, os resultados não foram significativos. Em suma, este estudo apresenta uma prevalência do sexo feminino, demonstrando que quem frequenta em média 3 vezes, não tencionam desistir, voltando a matricular-se. Quem não frequenta indica que é por falta de tempo. Todos os domínios apresentam uma classificação de qualidade de vida boa. Para estudos futuros, propõe-se grupos com idades mais elevadas, pois poderão apresentar resultados com novas interpretações.

Palavras-chave: envelhecimento ativo; universidade sénior, qualidade de vida; quedas; atividades básicas e instrumentais da vida diária;

ABSTRACT

Aging has become increasingly a topic to be studied nationally and globally. Are considered elderly, individuals with 65 or more years. The present study pretends to understand the impact of Senior Universities in functional physical condition, occurrence of falls, quality of life and fulfillment of basic and instrumental activities of daily living of the elderly. To achieve these objectives, a cross-sectional exploratory study in which elderly are evaluated with 65 or more years, of both sexes, without cognitive problems and without locomotor problems will be performed. 25 individuals attending (FG) these institutions and a group of 25 non-regulars (NGF). It can be seen through the demographic results the existence of significant differences for sex, marital status and education between the groups, with the predominance females. The group that attends has a higher education. In terms of quality of life can be seen that there are differences between the groups in the physical domain, the GF presented higher values, with no significant differences in other domains (all $p > 0.05$). The FG presents slightly higher values in 3 of 5 not statistically significant variables, they being the perception of quality of life in general, the psychological domain and social relations). Regarding the physical and functional capacity differences can be observed in favor of FG. As for the dynamic balance, the results were not significant. In summary, this study shows an attending prevalence of females, demonstrating that those with an average 3 times per week do not intend to give up. Who do not attend indicates that it is not for lack of time. All domains have a good rating of quality of life. For future studies, it is proposed groups with higher ages, they may produce results with new interpretations.

Keywords: active aging; Senior University, quality of life; falls; basic and instrumental activities of daily living;

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1. Envelhecimento	3
2.2. Envelhecimento e Promoção da Saúde	8
2.3. Envelhecimento, Saúde e Bem-Estar	10
2.4. Envelhecimento, Lazer e Qualidade de Vida	16
2.5. Universidade Sénior	17
2.6. Universidade Sénior e o Envelhecimento Ativo	19
2.7. Educação Social e o Envelhecimento Universidade Sénior	24
2.8. Educação Social, Universidade Sénior e o Empowerment	27
3. METODOLOGIA	29
3.1. Formulação do Problema, Pergunta de Partida e Hipóteses	29
3.2. Objetivos do Estudo: Geral e Específico	30
3.3. Tipo de Estudo	30
3.4. Amostra	30
3.5. Instrumentos e Materiais	31
3.6. Procedimentos	32
4. RESULTADOS	33
4.1. Descrição dos Resultados	33
4.2. Discussão dos Resultados	37
5. CONCLUSÕES	40
5.1. Limitações	41
5.2. Recomendações	41
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
7. ANEXOS	
8. APÊNDICE	

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Declaração de Consentimento

Anexo B – Bateria de Questionários

Anexo C – Aprovação do Comité de Ética

ÍNDICE DE APÉDICE

Apêndice A – Submissão do Artigo: Um estudo comparativo da perceção de qualidade de vida entre idosos frequentadores e não-frequentadores de Universidade Sénior

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Teste de Normalidade de Kolgomorov-Sminorv	33
Tabela 2 – Análise Descritiva dos Dados Sociodemográficos	34
Tabela 3 - Análise das variáveis sociodemográficas nos domínios de qualidade de vida (WHOQOL-Bref)	35
Tabela 4 - Risco de Quedas nos grupos de frequentadores e não frequentadores	36
Tabela 5 - Análise de regressão linear na influência das variáveis sociodemográficas na qualidade de vida	37

ÍNDECE DE FIGURAS

Figura 1 – Projeção da População Residente em Portugal para 2040, por sexo e grupo etário	5
--	----------

1. INTRODUÇÃO

O presente documento tem como objetivo apresentar o trabalho de dissertação desenvolvido pela mestranda ao longo do segundo ano de Mestrado em Educação Social, com a vertente em Intervenção Sócio-Educativa e Gerontologia, no Instituto Superior de Ciências Educativas, em Odivelas.

O envelhecimento é considerado um fenómeno social, fisiológico e progressivo, intrínseco a qualquer ser humano. Tendo em conta o aumento da esperança média de vida em Portugal, surge a necessidade de trabalhar diversos campos do processo de envelhecimento, como a questão do envelhecimento ativo bem-sucedido e com qualidade. O processo de envelhecimento tem vindo assumir, nos últimos anos, cada vez mais um papel relevante na sociedade, apesar dos preconceitos que o revestem.

As Universidades Sénior (US) surgem como uma das possibilidades de inserção das pessoas idosas na sociedade, num espaço educacional não formal, que visa a integração social, aquisição de conhecimentos, elevação da autoestima, valorização pessoal, bem como a prática de exercício físico promovendo o bem-estar físico e psicológico desta população.

A finalidade deste estudo encontra-se associado à análise dos benefícios que as US trazem para as pessoas idosas, através das suas atividades e que efeitos diretos as mesmas têm na condição física funcional, na prevenção de quedas, nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, bem como na qualidade de vida das mesmas, compreendendo assim de que forma é promovida a questão do envelhecimento ativo nestas instituições.

A presente investigação define-se pelo entendimento da contribuição que estas organizações têm para a qualidade de vida das pessoas idosas, focando-se nas diferenças entre géneros, bem como de frequentadores vs. não frequentadores das Universidades Senior (US).

O trabalho que se apresenta inicia-se com uma abordagem aos conceitos de Envelhecimento, Promoção da Saúde, Bem-Estar, Lazer e Qualidade de Vida, bem

como os conceitos de Educação Social e Envelhecimento Ativo, cruzando assim, com o Empowerment e as Universidades Sénior.

Relativamente aos encaminhamentos metodológicos do estudo, foi realizado um estudo transversal, onde foram envolvidos 50 indivíduos, voluntariamente, 25 no grupo de frequentadores (GF) das US e outros 25 no grupo não frequentadores (GNF), de ambos os sexos, com idades iguais ou superiores a 65 anos, sem problemas cognitivos e locomotores. Toda a análise estatística foi efetuada através do programa SPSS V. 21.0. Foi realizado o Teste de Normalidade Kolgomorov-Sminorv para a normalidade dos dados; análise descritiva dos dados sociodemográficos; análise sociodemográfica e qualidade de vida através do teste WHOQOL-Bref, bem como análise do risco de quedas e por fim uma análise de regressão linear na influência das variáveis sociodemográficas na qualidade de vida. Por fim, para concluir análise deste estudo, apresentam-se os principais resultados, limitações e recomendam-se alguns pontos relevantes para investigações futuras.

Como Técnica Superior de Educação Social (TSES), foi importante para a mestranda participar nesta investigação, pois é pertinente explorar o sentido da Educação Social e do Envelhecimento Ativo, de forma a compreender como se poderá melhorar futuras intervenções junto das pessoas idosas. Uma das motivações para a realização deste estudo passa pela, ainda, escassa informação existente em Portugal sobre as US, instituições essas, que privilegiam a educação não-formal, bem como a promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Envelhecimento

O envelhecimento é entendido como um processo ou um conjunto de processos inerentes a qualquer ser humano, expressos pela perda de capacidades de adaptação e pela diminuição de funcionalidades, tendo repercussões a nível físico e psicológico (Paúl & Ribeiro, 2012).

Para Vaz (2008), a idade biológica e fisiológica está associada ao desenvolvimento e morte dos organismos vivos, ou seja, no processo de envelhecimento o desgaste das células e o aparecimento de alterações no estado de saúde, contribuem para o desgaste do organismo à medida que a idade avança. Para Cancela (2007), a idade biológica é referida como aquela que está relacionada ao envelhecimento orgânico, isto é, individualmente cada órgão sofre modificações, diminuindo assim o seu normal funcionamento ao longo da vida.

Segundo Cancela (2007), a idade psicológica refere-se às competências comportamentais que cada um pode adaptar em resposta às mudanças que vão existindo no seu meio envolvente, incluindo a inteligência, memória e motivação. Para Carvalho (2013), esta idade corresponde às competências comportamentais que cada um desenvolve em relação ao ambiente onde vivem. Sob o ponto de vista psicológico, esta idade é definida pela auto-regulação do indivíduo e pelas mudanças nas funções psicológicas, como por exemplo a memória e a tomada de decisões.

Quando referimos um conjunto específico de papéis que cada indivíduo desenvolve no quotidiano onde vivem, segundo as regras de conduta de cada sociedade, referimos a idade cultural e social (Carvalho, 2013), ou seja, os diversos estatutos e hábitos que cada um desenvolve, tendo em conta, também, a cultura e história de cada país (Cancela, 2007).

A temática do envelhecimento tem sido objeto de estudo e de interesse por diversos organismos internacionais, como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como pela União Europeia (UE). A nível nacional, o envelhecimento é cada vez o centro das preocupações das autarquias, instituições

sociais, universidades e institutos com o intuito de desenvolver estudos, diretivas e planos de ação sobre esta problemática. Com o surgimento destas diferentes abordagens, foi possível enriquecer o debate sobre o envelhecimento, tornando-se de uma questão complexa, onde é possível identificar fatores internos ao próprio indivíduo, bem como de fatores externos ligados à sociedade onde o mesmo se insere (Carvalho, 2013).

O envelhecimento vem assumindo cada vez mais um papel relevante do século XXI, registando um aumento ininterrupto do número de idosos que transformou as sociedades onde nos encontramos em sociedades envelhecidas, mas também sociedades onde os sujeitos vivem mais, tendo como acréscimo a queda acentuada da natalidade e o aumento da esperança média de vida. Considera-se uma pessoa idosa, um indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos (Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013). O envelhecimento da população é considerado como um dos maiores desafios da atualidade, independentemente do desenvolvimento de cada país, este fenómeno é registado como uma questão mundial (Carvalho, 2013).

Sob o ponto de vista de Carvalho (2013), a existência da matriz de análise do envelhecimento clarifica a abordagem desta temática sob pontos de vista distintos: individual, sistema familiar, intergeracional, o poder do género e direitos humanos, bem como do desenvolvimento da sociedade. Este modelo analisa o envelhecimento através de dois pontos: o positivo, que é considerado saudável e outro, negativo, referente a nível patológico.

O envelhecimento está relacionado à ancianidade, ou seja, à velhice e ao modo como envelhecemos. É visto como um processo complexo, dinâmico e ocorre ao longo de toda a vida, sendo inerente a qualquer ser humano. Para desmistificar e explicar corretamente o que envolve este processo, importa compreender os diferentes domínios: demográfico, idade cronológica – *ageing*, idade fisiológica e biológica e por fim, a idade psicológica, cultural e social (Carvalho, 2013).

De acordo com Fonseca (2014) o processo de envelhecimento surge de forma distinta de indivíduo para indivíduo, sendo marcado pelas vivências que cada um atravessa, bem como a adaptação de cada um às consequências do avanço da idade.

De acordo com a informação do gráfico abaixo apresentado, a projeção para Portugal em 2040 indica que, a população idosa será de cada vez mais maior comparativamente com a população juvenil, dando prevalência ao sexo feminino, suportando, desta forma, uma crescente preocupação ao nível de diversas entidades públicas e privadas.

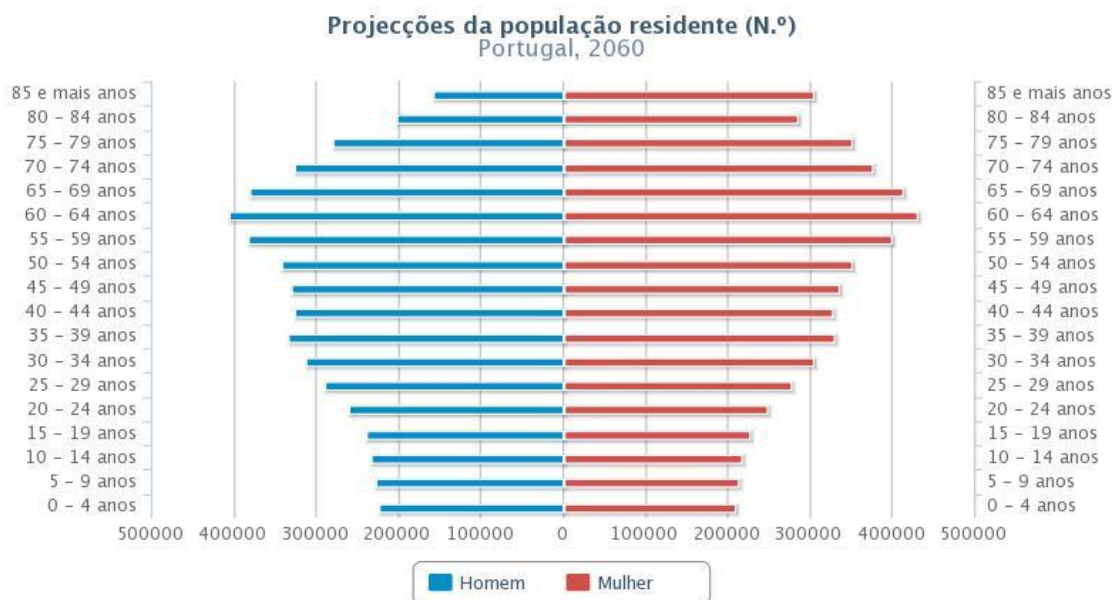


Figura 1. Projeção da População Residente em Portugal para 2040, por sexo e grupo etário, INE (2014)

Tal como temos vindo apresentar, o envelhecimento demográfico tem vindo a aumentar na sociedade onde vivemos, “assenta numa teoria da transição demográfica, ou seja, na passagem de um modelo demográfico em que a mortalidade e fecundidade assumem valores elevados” (Carvalho, 2013, p. 3). Podemos referir que o aumento da população idosa está relacionada com a diminuição da natalidade, bem como o aumento da longevidade, que por consequência está ligado às modificações existentes na população jovem e adulta (União Europeia, 2006).

Quanto à idade cronológica, Carvalho (2013), faz-nos compreender como sendo uma forma como decorre os acontecimentos ao longo da vida, de acordo com a idade, ou seja, contempla as diversas etapas: infância, adolescência, juventude, idade adulta e velhice. Quando referimos a idade cronológica, como este mesmo autor refere, esta está ligada à teoria *ageing*, ou seja, ao ciclo de vida, esta classificação surge com o objetivo organizar os diversos episódios do processo de envelhecimento, fazendo compreender da melhor forma como este se desenvolve.

“Envelhecer é um fenómeno existencial, como viver e morrer. O tempo exerce influência sobre toda a matéria viva, no entanto, existem ritmos e diferenças significativas no processo de envelhecimento” (Dâmaso, 2005, p. 70).

Em termos fisiológicos, no processo de envelhecimento surgem, também, diversas alterações ao nível do organismo, tais como: diminuição do fluxo sanguíneo para os rins, fígado e cérebro; diminuição da capacidade dos rins para eliminar toxinas e medicamentos, bem como a perda da frequência cardíaca máxima, mas sem alteração da frequência cardíaca em repouso. Ainda no mesmo processo poderá surgir uma diminuição da tolerância à glicose, bem como da capacidade pulmonar de mobilização do ar, surgindo um aumento da quantidade de ar retido nos pulmões depois de uma expiração. Por fim, poderá ocorrer uma diminuição da função celular de combate às infeções, tornando-se mais frágil ao nível das defesas do organismo (Cancela, 2007).

Algumas mudanças fisiológicas são resultado direto do envelhecimento, mas alguns fatores comportamentais e estilos de vida influenciam essas mesmas mudanças. Algumas perdas mais constantes neste processo passam pela diminuição gradual da visão, pela perda de audição após os 55 anos, que surge com maior velocidade, o paladar e o olfato reduzem com o envelhecimento devido à diminuição da sensibilidade das pupilas gustativas. A perda de densidade e massa muscular é outra mudança que ao ocorre a nível fisiológico, que por vezes, são substituídas por gordura e provocam o enfraquecimento dos músculos, principalmente da zona dos membros superiores.

A nível sexual e reprodutor, poderá haver mudanças com o aparecimento da menopausa (no caso da mulher) e andropausa (no caso do homem) (Paratela & Correa, 2012).

Para os autores Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo e Marques (2013), o envelhecimento consiste num processo contínuo que se define como uma trajetória ao longo da vida, tendo como intervenientes a família, a escola, o trabalho e a reforma. O envelhecimento reflete-se nas mudanças dos papéis sociais que cada um desempenha, prendendo-se, também, pela sua própria identidade e do corpo do qual não se dissocia. No processo de envelhecimento, as marcas a nível físico são por vezes as mais visíveis, mas as mudanças em torno da identidade e dos papéis sociais são deveras importantes. Na perspetiva da identidade, o envelhecimento é considerado como um processo contínuo, desde que se nasce até à morte.

Ser velho, segundo Zimmerman (2005), é ter mais experiência, mais vivência, mais anos de vida. Velho é aquele que tem diversas idades, ou seja, a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com a sociedade onde se insere. É e sempre será a pessoa que sempre foi. Ser velho não significa mudar a sua personalidade, apenas acentua as suas características, aquelas que já possui.

Para Fernandes (2002), a velhice é considerada como a última idade da vida, onde estipula o seu início aos 60 anos, onde considera “ (...) mais ou menos avançada ou retardada, segundo a constituição individual, o género de vida e uma série de outras circunstâncias” (p.24).

Na velhice, existem um conjunto de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais, dissemelhantes de indivíduo para indivíduo, podendo ser considerada como a melhor etapa da vida, pois ela traz consigo as experiências e vivências ao longo da sua vida (Dâmaso, 2005).

De acordo com Frutuoso (1990), citado por Dâmaso, (2005), é difícil definir em pleno o conceito de velhice, apesar de podermos afirmar que não se trata de uma doença, mas sim a capacidade que houve para atingir, com saúde suficiente esta etapa da vida.

No processo da velhice, poderá surgir uma menor capacidade orgânica e psíquica, uma degradação normal dos órgãos vitais ao longo da vida, sendo considerado como um modo natural na vida do indivíduo.

Em suma, a velhice

É o momento de olhar para trás e tirar conclusões do passado; de aceitar a inevitabilidade das provações, das dificuldades e de transmitir aos jovens o saber e a experiência dos homens. É a oportunidade de «deitar contas à vida», como sujeito ativo, agente válido do imediato, que pensa e quer continuar a intervir na construção de uma sociedade melhor, combatendo a insolidariedade e o desrespeito. (Fernandes, 2002, p. 25).

O processo de envelhecimento e tudo o que o mesmo envolve, tem suscitado um interesse comum para diversos autores, principalmente o que se entende por um “bom” envelhecimento e a promoção da saúde nesta mesma faixa etária.

2.2. Envelhecimento e Promoção da Saúde

Tendo em conta os objetivos do presente trabalho importa compreender a influência da promoção da saúde no processo de envelhecimento. O conceito de promoção da saúde, que até ao final da década de 70 era praticamente desconhecido, foi trazido a público através do relatório Lalonde de 1974 – A New Perspective on the Health of Canadians (Nova Perspetiva sobre a Saúde dos Canadianos). Este relatório relata a promoção da saúde como uma parte integrante da estratégia de melhoria da saúde pública, que se prende com a saúde das populações e comunidades, ou seja, de toda a sociedade, prevenindo o mal-estar e a doença, reconhecendo os muitos fatores sociais que contribuem para a saúde.

O conceito de promoção da saúde, sendo ele, multidimensional, abrangente e positivo, torna-o multidisciplinar e intersectorial. Esta questão enquadra-se como uma referência essencial na abordagem do envelhecimento, principalmente quando relacionados com a saúde, sendo necessário contribuir para uma melhoria de um ambiente seguro ou prevenir que contraíam doenças, enfrentando alguns fatores determinantes do bem-estar e da saúde, como a pobreza (Almeida, 2007).

Segundo a Carta de Ottawa (1986), conferida na Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, tem como intenção dar resposta às crescentes expectativas e preocupações sobre a saúde pública mundial.

Para este documento, a promoção da saúde é “o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde (...) para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e grupos” (Carta de Ottawa, 1986, p.1).

Quanto ao desenvolvimento das aptidões pessoais, este documento indica-nos que a promoção da saúde é estimulada através da divulgação de informação, educação para a saúde e reforço das capacidades de cada um. É necessário e essencial incentivar e promover as capacidades de cada um ao longo da sua vida, preparando-as para as distintas fases da sua existência. Esta preparação deverá ser feita nas escolas, em criança e na fase da adolescência, nos locais de trabalho, na fase ativa de emprego, em centros de dia, universidades sénior, lares e outros espaços comunitários, no processo de envelhecimento, através de ações de sensibilização e educacionais.

Como nos faz entender Almeida (2007), a manutenção ou recuperação da saúde poderá ser feita através da promoção de programas de sensibilização, de controlo e despistagem para a identificação de doenças, bem como a realização de diversos processos que permitam aos indivíduos exercerem um maior controlo sobre a sua saúde e melhorá-la.

Os espaços ligados à área da saúde, como centros de saúde e hospitais tornam-se fundamentais no que diz respeito à promoção da saúde.

O papel do setor da saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, para além das suas responsabilidades de prover clínicos e de urgência (...) precisam de adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais (...) apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável (Carta de Ottawa, 1986, p. 4).

Quando falamos em promoção da saúde, temos que abordar as suas origens e as questões intrínsecas ligadas à mesma. O fenómeno da salutogénese e patogénese surgem em tempos distintos, tendo aparecido primeiramente o paradigma da patogénese que analisa o foco e a origem da doença, surgindo mais tarde o conceito de salutogénese, que vem sendo desenvolvido desde dos anos 60 do séc. XX, com o objetivo de analisar as fontes de saúde e não da cura da doença (Martins, 2010).

O conceito de patogénese é descrito como a génese da patologia, tendo como visão central a causa da doença e na sua cura, facilitando a sua adaptação ativa do organismo ao meio (Carrondo, 2006).

Salutogénese ou modelo salutogénico, valoriza a rede de fatores que determinam positivamente a saúde. Do latim, *salus* = *saúde* e do grego: *genesis* = *origem*, este termo foi criado por Antonovsky, em 1979, com o objetivo de designar a procura das razões que levam alguém a estar saudável. É das teorias mais bem desenvolvidas na psicologia da saúde no que diz respeito aos fatores de proteção para a saúde humana. Este modelo concentra a sua atenção nos recursos de proteção, ou seja, nos elementos internos que auxiliam a pessoa a superar as dificuldades que surgem na vida (Carrondo, 2006).

Estes dois paradigmas são distintos a nível concetual, cada um evidencia questões, abordagens, estratégias, ações e resultados diferentes. Cada um deles valoriza conceitos diferentes. Ambas as perspetivas contribuem para o crescimento recíproco, e, como

duas faces da mesma moeda, complementam-se na compreensão do ser humano (Martins, 2005).

2.3. Envelhecimento, Saúde e Bem-Estar

A saúde é um conceito que tem sido, ao longo dos anos, definido de diversas formas, mas seguindo linhas mais coerentes, a Organização Mundial de Saúde (Squire, 2005, p.8), defende-a sendo um “estado de completo bem-estar físico, mental, e social e não apenas a ausência da doença ou enfermidade”. Esta definição traduz claramente um conceito holístico da saúde, que não abrange apenas o estado físico, mas também os aspetos sociais e emocionais da saúde.

As perceções de saúde poderão querer incluir diversas dimensões, sendo elas: saúde física, mental, emocional, sexual, social, espiritual, ambiental e da sociedade. Estas dimensões estão interrelacionadas e ao mesmo tempo associadas ao que muitas vezes dominam por saúde positiva e saúde negativa. Segundo Squire (2005), entende-se por saúde negativa o mal-estar e a doença, enquanto saúde positiva define-se como a boa forma física e mental. A saúde na pessoa idosa pode ser influenciada negativamente, através das dimensões acima descritas, reduzindo a sua capacidade nas atividades da vida diária, como ir às compras, cuidados pessoais, entre outros.

As definições positivas de saúde, tais como ser capaz de ter uma vida social ativa e viver de forma independente, proporcionam de facto um enfoque mais social aos cuidados de saúde. A Saúde, para uma pessoa idosa, pode ser significado de ser capaz de viver na sua própria casa, cuidar de si mesmo em qualquer dimensão (Squire, 2005).

Para que se possa compreender da melhor forma a complexidade da saúde é importante ter em conta diversos estudos existentes que versaram este conceito. Para Squire (2005), na sua obra *Saúde e Bem-Estar para Pessoas*, faz referência a um conjunto de estudos e destaca que descobriram que os indivíduos têm diversas perceções sobre a saúde, agrupando-as da seguinte forma: sentir-se forte; ausência de doença; realização das rotinas normais do dia-a-dia; ser socialmente ativo e estar em forma, lidando da melhor forma com o stress. Como já foi referido, a OMS, define saúde como um “estado ideal”.

Relativamente ao conceito de bem-estar, este é considerado

Uma dimensão positiva da Saúde. É considerado, simultaneamente, um conceito complexo, que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva, e um campo de estudo que abrange outros grandes conceitos e domínios de estudo como são a Qualidade de Vida, o Afeto Positivo e o Afeto Negativo. É um conceito recente, que tem suscitado, nas últimas décadas, o interesse generalizado de muitas vertentes da Psicologia e que tem vindo a reforçar a sua identidade, à medida que os estudos vão confirmando a sua estrutura e sistema de conceitos associados (Galinha & Ribeiro, 2005, p. 2).

Os mesmos autores defendem que o conceito é composto por uma dimensão cognitiva, emocional, positiva e negativa, expressando em termos globais através da felicidade e em termos específicos através das emoções.

A perceção pessoal do bem-estar, o seu significado e a sua definição é variável de indivíduo para indivíduo, de acordo com o que cada um considera normal no seu contexto sociocultural em que se insere, assim como as suas experiências (Silva, 2011), bem como os acontecimentos da vida, tanto podem ter origem externa, como podem ser provocados internamente, ou sejam a própria pessoa faz as escolhas que entendem ser as mais viáveis para a sua vida, gerando efeitos positivos ou negativos (Fonseca, 2014). Tendo em conta estes fatores e a temática em estudo, é necessário abordar a problemática das quedas no processo de envelhecimento, principalmente o risco que está inerente às mesmas.

As quedas nas pessoas idosas são comuns e aumentam progressivamente com a idade em ambos os sexos e em todos os grupos étnicos. A OMS (2010) define queda como uma consequência de qualquer acontecimento que leve um indivíduo a cair, contra sua vontade. A queda pode traduzir que existiu o declínio das funções fisiológicas, tais como, visão, audição, locomoção, ou pode ainda representar sintomas de alguma patologia específica. Os acidentes por quedas podem provocar fraturas, traumatismos cranianos ou até mesmo à morte, dependente da situação de queda. As quedas são um evento traumático, multifatorial, habitualmente involuntário e inesperado (Almeida, Abreu & Mendes, 2010).

Segundo Macedo, Marques, Oliveira, Gomes e Pereira (2005), na consequência das quedas, poderão surgir diversos sentimentos de fragilidade, medo e falta de confiança, diminuindo assim a qualidade de vida das pessoas idosas, podendo afetar também o desenvolvimento das atividades da vida diária, bem como as atividades sociais e recreativas. As quedas nem sempre são provocadas por fatores extrínsecos (relacionados

ao ambiente externo) por vezes pode ser um sinal de possíveis problemas de saúde subjacentes (intrínsecos) sejam eles relacionados à estrutura musculoesquelética, à pressão arterial, à visão, ao sistema neurológico ou de equilíbrio ou até mesmo aos medicamentos em uso (Almeida et al., 2010; Almeida, Soldera, Carli, Gomes & Resende, 2012).

No processo de envelhecimento, existem, naturalmente, fatores que condicionam o seu desenvolvimento. Essas condicionantes não são sentidas de igual modo de indivíduo para indivíduo, havendo uma série de estratégias e atitudes que pode minimizar, como é no caso dos fatores de risco inerentes às quedas. Os fatores biológicos, com o declínio da capacidade física, cognitiva e afetiva, bem como dos fatores associados às dores crónicas. A interação entre os fatores biológicos e os riscos comportamentais e ambientais aumenta o risco de quedas, ou seja, com a perda da força muscular, leva a uma perda acentuada de funções e um maior nível de fragilidade. Os fatores comportamentais correspondem às escolhas diárias dos indivíduos, às suas emoções e às suas ações, como o uso excessivo de medicamentos, álcool e sedentarismo.

Os fatores ambientais surgem da interação entre as condições físicas das pessoas idosas com o ambiente onde se inserem, tanto no domicílio como no exterior. Estes não poderão ser considerados diretamente um risco de queda, mas a exposição ao ambiente, assim, como por exemplo, degraus, tapetes soltos, má iluminação, escadas escorregadias, calçadas irregulares em locais públicos, são alguns fatores que contribuem para as quedas, onde poderão surgir lesões graves. Quanto aos fatores socioeconómicos, estes estão relacionados com a influência das condições sociais e dos estatutos económicos das pessoas idosas, sendo alguns deles: falta de interação social, acesso limitado ao sistema de saúde e segurança social, bem como a falta de recursos existentes na comunidade (Campos, 2010).

Uma alimentação equilibrada, uma ingestão adequada de proteína, cálcio, ferro, vitaminas e água, bem como a prática do exercício físico, convívio entre pares, acompanhamento médico especializado, são alguns fatores importantes a ter em conta na prevenção e diminuição de quedas na velhice e das lesões relacionadas com as mesmas (Gremeaux et al., 2012).

A importância de uma alimentação saudável é essencial quando falamos de saúde e

bem-estar das pessoas idosas. A dieta ou uma alimentação ajustada ao indivíduo é uma componente fundamental para o bem-estar, um investimento produtivo para a saúde. Uma má nutrição, o consumo em excesso de cafeína, uma dieta realizada com alta ingestão de fibra, fosfatos e proteína, poderá trazer consequências e malefícios para o bem-estar da pessoa idosa (Gremeaux et al, 2012).

Relativamente ao espaço físico, é necessário sensibilizar as pessoas idosas no seu domicílio, para o uso de tapetes antiderrapantes ou a retirada completa dos mesmos, ter em atenção os pisos escorregadios, entre outros. Quanto ao espaço exterior é necessário ter em conta as calçadas com buracos, zonas com fraca iluminação, escadas/degraus excessivamente altos e obstáculos na zona de passagem, são considerados fatores de risco das quedas nas pessoas idosas.

O medo de cair e as consequências que advêm do mesmo são frequentes nas pessoas idosas, o medo de serem hospitalizadas, o não conseguirem levantar-se mais, sofrerem de constrangimento social e a dependência que poderão adquirir da lesão causada pela queda ou mesmo o fato de poder não voltar à sua casa, são determinantes essenciais a ter em conta nesta problemática (Campos, 2010). Outro fator importante a ter em conta na prevenção de quedas é o exercício físico moderado e acompanhado, através do mesmo é possível reforçar a massa muscular, tornando-se mais resistente e protegida, podendo reduzir, assim, o número de quedas. Quando falamos do processo de envelhecimento e ao risco de quedas, surge a necessidade de referir algumas doenças, que por vezes, estão associadas ao mesmo, como a osteoporose, depressão, solidão e a diabetes.

Segundo Nascimento (2009), a osteoporose é uma patologia que atinge os ossos, que os tornam ocos, finos e de extrema sensibilidade, suscetíveis a fraturas e consequentemente a quedas. A densidade mineral óssea é definida com o valor relativo de mineral existente por área de osso medida. A detenção desta patologia pela sua densidade mineral óssea é bastante útil no caso da prevenção de risco de fraturas, servindo como início de tratamento da mesma. Os principais fatores de risco associados à osteoporose surgem a dois níveis: genéticos e biológicos, que corresponde ao historial familiar de cada indivíduo; às pessoas com idade igual ou superior a 65 anos; escoliose; menopausa precoce e hipogonadismo. A nível dos fatores comportamentais e ambientais, surge o alcoolismo e o tabagismo. O cálcio surge como elemento principal para a prevenção

desta doença, bem como a ingestão de vitamina D, que aumenta a absorção do mesmo, diminuindo assim o risco de doenças, como a osteoporose (Feskanich, Willett & Colditz, 2003). O leite é considerado a principal fonte de cálcio e vitamina D (Feskanich, et al, 2003), seguindo-se também o peixe, ovo cozido, manteiga ou carne bovina, entre outros (Zanin, 2014). Uma alimentação equilibrada e saudável previne para além desta doença, muitas outras associadas ao processo de envelhecimento.

Em suma, a osteoporose revela ser a doença mais comum no mundo, que por vezes está associada ao processo de envelhecimento e ao aumento da esperança média de vida, pelo desgaste ósseo e muscular que o próprio corpo atinge nesse mesmo processo, pelas alterações hormonais decorrentes do processo de envelhecimento, não sendo esta relação linear em todas as pessoas idosas.

Outra doença associada por vezes ao processo de envelhecimento é a diabetes, considerada uma doença crónica, que se caracteriza pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue – glicose e pela incapacidade do organismo transportar a mesma proveniente dos alimentos (Portal da Saúde, 2013). Com a maior longevidade, cresce a importância da diabetes como um grave problema de saúde entre os idosos frente às complicações que pode acarretar à capacidade física e biológica, à autonomia e à qualidade de vida (Belon, et al., 2010).

Uma outra problemática ligada ao processo de envelhecimento é a depressão, como nos faz entender Sousa (2008), a depressão na velhice, a pessoa idosa está, em alguns casos, perante situações de perda de familiares e amigos, diminuição de suportes sociofamiliares, perda do estatuto profissional e/ou socioeconómico com a chegada da reforma e o aparecimento de algum declínio físico, poderão ser considerados alguns dos fatores associados ao desenvolvimento desta doença.

Segundo Fernandes (2002), a depressão pode designar-se como uma doença, uma síndrome, um sintoma. Esta doença pode ser considerada como um estado de elevada complexidade, sendo detetada por diversos componentes, como a ansiedade, agitação e/ou a preocupação.

Já Costa (2005), considera a depressão no processo de envelhecimento como uma adaptação às alterações sociais e quotidianas que surgem, como por exemplo, a perda de rotina e a reforma. A mesma autora refere as consequências e implicações da depressão

nas pessoas idosas a diversos níveis, sendo eles: económicos, aumento da população dependente, aumentando as despesas de saúde e de apoios sociais, nomeadamente da segurança social; familiares e pares, com o aumento dos cuidados primários e diferenciados; ético, na problemática do suicídio associado à depressão.

Um dos aspetos sociais mais ligados à questão da depressão, podendo ser considerado um dos seus fatores, é a solidão. Esta problemática é um dos aspetos mais suscetíveis de interferir com a saúde, segurança e bem-estar das pessoas idosas, sendo determinada pelas expectativas criadas individualmente quanto aos contextos sociais onde se inserem.

Todos os aspetos que possam diminuir a autoestima, como a perda de familiares, problemas de saúde, perda de papéis sociais, isolamento social, a chegada da reforma, as limitações que surgem ao nível físico, cognitivo e sensorial, poderão ser propícios ao aumento da solidão, sendo uma questão também, assustadora para esta população.

De modo a prevenir ou controlar a capacidade física e mental das pessoas idosas e por consequência poderá ajudar a reduzir o risco de quedas é o estímulo contínuo da realização das Atividades Básicas da Vida Diária, o que nos leva abordar o conceito de capacidade funcional.

O conceito de capacidade funcional refere-se à capacidade de as pessoas idosas manterem a habilidade física e mental, competências, autonomia e independência, que por outras palavras, significa a realização das Atividades de Básicas da Vida Diária - AVD's, bem como as Atividades Instrumentais da Vida Diária - AIVD's (Frank, Santos, Assmann, Alves & Ferreira, 2007).

Para a análise deste conceito é necessário ter em conta diversos parâmetros multidimensionais, tais como: socioeconómicos, culturais, psicossociais, demográficos, estilos de vida, condições e limitações de saúde ou doença.

Relativamente às AVD's, estas são as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si próprio, tais como: tomar banho, vestir-se, satisfazer as necessidades fisiológicas, andar, comer, entre outras.

Para aumentar as possibilidades de um envelhecimento saudável, as políticas sociais e de saúde devem promover a habilidade funcional e construir um sistema adequado de suporte social para a população idosa.

Quanto às AIVD's, estas correspondem às atividades que o idoso tem que realizar no seu meio ambiente, sendo algumas delas: tarefas domésticas básicas, confeção de refeições, uso de meios de transporte, uso do telefone, toma da medicação, entre outras (Efraim, Nakatani & Bachion, 2006).

Todas estas atividades variam de indivíduo para indivíduo, como o seu próprio processo de envelhecimento. As alterações funcionais deste mesmo processo poderão prejudicar a realização das AVD's e AIVD's. A manutenção e estimulação destas tarefas são essenciais para uma melhor qualidade de vida e contribui para um bom envelhecimento (Frank et al., 2007).

2.4. Envelhecimento, Lazer e Qualidade de Vida

Ligado às questões da qualidade de vida e bem-estar e derivado à temática em questão do presente trabalho, é necessário refletir sobre o conceito de lazer. Para Dumazedier (2000), o conceito de lazer apresenta uma certa ambiguidade, pelo carácter idealista que o encerra, englobando três funções principais, sendo elas: 1) a descontração/distração, sendo considerada como libertação da fadiga, reparador das deteriorações físicas que resultam do quotidiano; 2) divertimento, que passa pela libertação do tédio, das rotinas e esgotamentos/aborrecimentos; 3) o desenvolvimento, que passa pela libertação do pensamento e da ação nas atividades apelando ao bem-estar global.

As atividades de lazer devem ser direcionadas para as pessoas idosas, tendo por base as diversas formas de recreação, isto é, centradas no indivíduo, que as desenvolve por prazer e satisfação que lhes proporciona e não por imposição/obrigação. O principal desenvolvimento de atividades de lazer é permitir à pessoa idosa um aumento de autoestima, desenvolvimento pessoal e bem-estar físico e mental (Ferreira, 2009).

Quando falamos em bem-estar, é necessário abordar o conceito de qualidade de vida nas pessoas idosas, que passa pelo conhecimento de forma positiva da vida, associado aos domínios da educação, da personalidade, da saúde, bem-estar físico, material e social, bem como das relações pessoais e sociais.

Para que o idoso consiga manter a sua qualidade de vida é necessário estabelecer dois níveis: individual e coletivo, ou seja, para que estabeleça um nível de vida ativo, logo menos sedentário, este surge da pessoa individualmente refletindo ao nível coletivo devido aos seus laços sociais (Vaz, 2012).

Segundo, Silva (2011), a qualidade de vida é uma das dimensões da vida humana, desejada e perseguida por todos, desde a infância até à velhice. Desde da década de 60 que este conceito foi uma das preocupações mais frequentes dos investigadores, sendo ele multidimensional e dinâmico, que emerge de interação de fatores biopsicossociais. Com isto, é possível referir que a qualidade de vida refere-se à aptidão funcional das pessoas idosas no seu dia-a-dia, ou seja, consoante a capacidade e as limitações de cada um, a manutenção e a preservação das suas capacidades de desempenhar as AVD's é um ponto crucial para prolongar por mais tempo, a sua autonomia, independência, tendo uma qualidade de vida mais saudável (Cipriani, Meurer, Benedetti & Lopes, 2010).

2.5. Universidades Sénior

A primeira US foi fundada em 1972, em Toulouse, França, definidas como centros sociais e culturais, surgindo com o intuito de colmatar as necessidades e interesses das pessoas idosas, bem como a aquisição de novos conhecimentos e promoção de relações com população mais jovem, incentivando assim, aos encontros intergeracionais. Em 1981, foi inaugurada a primeira US, em Cambridge, onde rapidamente se difundiu por outras cidades, sofrendo alterações substanciais ao nível do modelo de ensino relativamente ao original de França, ou seja, ao invés de serem incluídas no modelo das ciências sociais, foram focalizadas no modelo *self-help*, que tem como principal objetivo educar a sociedade britânica quanto às questões relacionadas com o processo de envelhecimento (Formosa, 2012).

O modelo de ensino utilizado em França nas US, estava focado, de início, em assuntos relacionados com bases apenas gerontológicas, tornando-se escasso e para tal, surgiu a necessidade de serem criadas as áreas das ciências humanas e as artes.

O crescimento destes estabelecimentos tem sido crescente em todo o mundo ao longo destas quatro décadas de existência, existindo neste momento mais quatro modelos para

além dos tradicionais: *culturally-hybrid, french-speaking North American, South American and chinese* (Formosa, 2012).

Em Portugal, as Universidades Sénior surgiram em 1976, com a criação da Universidade Internacional da Terceira Idade (UITI), em Lisboa, pelo Dr. Herberto Miranda. Foi autorizado pelo Ministério da Educação o termo “universidade” desde que as mesmas se comprometam a não passar certificados ou graus académicos dos cursos que ministram, como está estipulado pelo Decreto-Lei nº 252/82 de 22 de Junho (Monteiro & Neto, 2008). Em Portugal, são representadas pela RUTIS – Rede das Universidades da Terceira Idade, instituição de Utilidade Pública.

As US são uma resposta socioeducativa que tem como objetivo criar e dinamizar regularmente atividades sociais, culturais, educacionais e de convívio para a população com mais de 50 anos. As atividades educativas existentes nesta organização serão sempre realizadas em regime não formal, sem fim de certificação e com visão no contexto da formação ao longo da vida.

Quando referimos as US, também mencionadas as Universidades da Terceira Idade (UTI) ou as Academias Séniores, são considerados todos eles espaços de inserção e participação social das pessoas idosas, através das atividades que lá se desenvolvem, como aulas, visitas, grupos de música ou teatro, voluntariado, entre muitas outras.

As US em Portugal seguem o modelo inglês, nascendo no seio de organizações sem fins lucrativos, e onde os seus professores encontram-se em regime de voluntariado, sendo estas no nosso país, um exemplo de dinamismo da sociedade civil e envelhecimento ativo (RUTIS, 2011).

De acordo com os dados apresentados pela RUTIS, estas universidades são frequentadas, em Portugal, maioritariamente por mulheres, entre os 60 e os 70 anos, com graus de instrução muito distintos, desde a 4ª classe ao Doutoramento e principalmente por reformados (RUTIS, 2011). Também para Alfagema (2007) e Monteiro e Neto (2008), a maioria dos frequentadores apresentam um nível socioeconómico e escolar relativamente alto e são predominantemente mulheres e pensionistas. Algumas das pessoas idosas que frequentam estas organizações sentem a necessidade de integrar estas atividades por diversos motivos, sendo alguns deles, a questão da perda a diversos níveis, sendo eles: papel profissional, doméstico de relevo,

perda de *status* na comunidade, perda de relações interpessoais com colegas de trabalho, em suma, existe uma diminuição de papéis sociais do indivíduo. Não sendo colmatadas estas perdas, a pessoa idosa poderá chegar ao estado de solidão e através destas atividades é possível colmatar este sentimento, pois têm a possibilidade de criar relações interpessoais, um aumento da autoestima e autoconceito. Já Formosa (2012), indica que uma das questões que faz com que as pessoas idosas não frequentem estas instituições, é o “peso” da palavra Universidade, pois tem uma conotação forte ao nível da sociedade.

Segundo Printes, et al., (2014), as US promovem a participação ativa das pessoas idosas, adquirindo novos conhecimentos, bem como a partilha dos seus saberes. Os autores referem que a adesão a estas instituições influencia o bem-estar físico e psicológico.

Para Jacob (2012), as US ou Universidades da Terceira Idade, são consideradas como um modelo de formação de séniores com grande sucesso a nível mundial, proporcionando a esta população um leque de atividades culturais, recreativas, científicas e de aprendizagem. Esta aprendizagem enquadra-se no modelo de formação ao longo da vida (*lifelong learning*) ou formação permanente, visando os princípios da gerontologia educativa.

Os projetos desenvolvidos pelas US visam possibilitar a integração social dos alunos na sociedade e promovem a atualização de conhecimentos dos mesmos. Um fator determinante destas instituições é o facto do interesse superior de cada um, ou seja, o princípio do prazer como base do seu funcionamento e a valorização do aluno.

2.6. Universidades Sénior e Envelhecimento Ativo

Ao analisarmos o conceito de envelhecimento ativo surgem diversas conceções do mesmo, tendo como suporte geral o de “envelhecer ativamente” e “ser produtivo. A política do envelhecimento ativo emerge em conjunto com o conceito de *Empowerment* nas pessoas idosas, tendo como obstáculo o “idadismo” (São José & Teixeira, 2014), ou seja, refere-se à discriminação relativa às pessoas idosas no que diz respeito ao acesso a recursos e oportunidades na sociedade, veiculando uma visão vincada sobre esta população e o processo que está subjacente aos mesmos (Pinto, 2013).

O envelhecimento ativo surge como a manutenção de atividades e papéis sociais nas fases mais adiantadas da vida, associando a níveis elevados de bem-estar e qualidade de vida.

Quando falamos em envelhecimento ativo, é necessário ter em conta os seus principais domínios: sendo eles: pessoal, social, comportamental, económica, o meio físico e por fim, a saúde e os serviços sociais (OMS, 2002), sendo cada uma destas, divididas em inúmeros aspetos, de onde têm despojado diversas políticas a implementar pelos governos e instituições. O domínio pessoal corresponde aos fatores biológicos, genéticos e psicológicos; quanto à determinante comportamental prende-se pelos estilos de vida saudável e da participação ativa de cada ser humano; a determinante económica corresponde aos rendimentos, à proteção social, bem como às conjunturas profissionais; relativamente à determinante do meio-físico leva-nos à acessibilidade a serviços de transporte, ao seu local de residência, entre outros; quanto a nível social, este refere-se aos apoios sociais, educação e alfabetização, violência e abuso, por último, os serviços sociais e de saúde referem-se aos benefícios que a sociedade oferece aos indivíduos a estes dois níveis, tendo que ser acessíveis e de qualidade (Paúl & Ribeiro, 2011).

O Envelhecimento Ativo possibilita os indivíduos de se aperceberem do seu potencial físico, social e mental ao longo da sua vida, promovendo a sua participação na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades e em simultâneo, propicie proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não apenas à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (OMS, 2002).

Referindo uma abordagem mais ampla do envelhecimento ativo, este conceito identifica “a importância dos direitos humanos das pessoas idosas e dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidas pela Organização das Nações Unidas” (Paúl, 2011, p. 3).

Em 2005, a OMS define como pilares essenciais do envelhecimento ativo: a saúde, a participação e a segurança. A saúde, quando os fatores de risco (comportamentais e ambientais) de doenças crónicas e de declínio funcional são mantidas em baixo e os fatores de proteção elevados, ou seja, as pessoas desfrutam em maior quantidade e em

maior qualidade de vida, capazes de cuidar da sua vida no seu processo de envelhecimento.

A participação entende-se como uma participação integral em atividades socioeconómicas, culturais e sociais, conforme a sua necessidade, capacidade e preferência, continuando assim, a contribuir para a sociedade com atividades remuneradas ou não, neste processo. A noção de atividade (ativo) está interligada, não só, com a participação social, económica, cultural, mas também com a questão espiritual (religião) e cívica, que vão muito além da atividade física e laboral, apenas (Almeida, 2007)

Por fim, a base da segurança, define-se como políticas e programas que integram as necessidades e os direitos das pessoas idosas, com segurança social, física e financeira, ficando salvaguardados da sua dignidade e assistência, tendo como auxílio, por vezes, as suas famílias, bem como das comunidades nos seus cuidados.

Nas pessoas idosas é necessário criar alternativas para que consigam sentir integrados na comunidade, promovendo em simultâneo um envelhecimento ativo saudável. Quando se destaca o conceito de envelhecimento ativo, surgem outras questões, como envelhecimento saudável e o envelhecimento bem-sucedido. Como nos faz entender Almeida (2007), envelhecimento saudável prende-se por um conceito lato, usado principalmente a nível internacional, onde não existe um entendimento concreto do mesmo. Tendo em conta a sua amplitude de conceito, o envelhecimento bem-sucedido poderá basear-se em teorias biomédicas, psicossociais ou ambas. Um estudo longitudinal da Mac Arthur Foundation (1997), caracteriza envelhecimento bem-sucedido, tendo um carácter multidimensional que comporta três componentes, cuja sua conjugação representará a plena realização do envelhecimento bem-sucedido: evitando a doença e incapacidade ou ausência total da doença, sendo um envelhecimento bem-sucedido com mais baixo risco; a maximização das funções cognitivas e físicas; realização de atividades produtivas, de utilidade social e promoção de relacionamentos interpessoais (Almeida, 2007).

Não se poderá considerar e sujeitar uma definição de envelhecimento bem-sucedido, com base em resultados e dados avaliados por critérios e padrões universais, pois o

processo de envelhecimento é individual e subjetivo, varia tendo em conta diversos fatores pessoais e intrínsecos.

Para Teixeira e Neri (2007), o conceito de envelhecimento bem-sucedido é usado de uma maneira indiscriminada para explicar o que é envelhecer bem. É necessário ter em conta várias características individuais e subjetivas: satisfação com a vida, longevidade, ausência de incapacidade, participação social ativa, grau de dependência ou dependência nula e adaptação positiva ao meio a que se insere.

Numa perspetiva médica e psicossocial, este conceito é considerado com base em três elementos: probabilidade baixa de doenças e incapacidade sobre os mesmos; alta capacidade funcional, tanto a nível cognitivo como físico e por fim um engajamento ativo com a vida.

Quando falamos em envelhecimento ativo, participação ativa dos indivíduos na sociedade onde se inserem, incluímos a questão do *empowerment*, que entende-se como um processo através do qual os indivíduos ganham controlo sobre as suas vidas, de uma forma dinâmica. É um mecanismo, onde as pessoas, comunidades e organizações ganham mestria sobre as suas vidas, a três níveis: individual, organizacional e comunitário, dando resposta eficaz aos problemas existentes (Ninacs, 2003; Pinto, 2011).

O *empowerment* individual refere-se à adequação do poder por um indivíduo ou grupo, e revela-se em quatro planos de interação, sendo eles a autoestima, a consciência crítica, competências e participação; o *empowerment* organizacional, refere-se à apropriação do poder por uma organização e posteriormente por uma pessoa, grupo ou outra organização que nela se inserem, e opera nos planos do reconhecimento, consciência crítica, competências e participação; por último, o *empowerment* comunitário refere-se ao empoderamento do coletivo da comunidade e envolve quatro planos, sendo eles a comunicação, o capital comunitário, as competências e a participação.

O conceito de *empowerment* comunitário leva-nos a refletir sobre as questões do bem-estar, com a ambiente social e político onde as pessoas se inserem, sustentando assim, oportunidades para serem ativos nos processos de decisão, tendo como foco a qualidade das suas vidas, a nível individual e grupal (Pinto, 2011).

Entende-se assim, a extrema importância a ligação do conceito de *empowerment* com as pessoas idosas, pois por vezes, são referidas como inativas na sociedade, e a seu bem-estar e qualidade de vida são postos em causa (Fonseca, 2011).

As US, através das suas diversas atividades, insere este mesmo processo de *empowerment* comunitário, dando resposta às necessidades, aos gostos e às competências de cada pessoa.

Importa agora reforçar e compreender o modelo de aprendizagem das US, a educação não formal.

Como nos faz compreender Simson (2007), a educação não-formal é direcionada para questões que dizem respeito ao dia-a-dia dos indivíduos, em qualquer faixa etária. O principal objetivo da educação não formal passa pela formação dos cidadãos, dando bases para solucionar os problemas do quotidiano, desenvolvendo capacidades e competências de cada um. É considerada uma aprendizagem de saberes, em grupo ou individual, de partilha de ideias, englobando o plano emocional e cognitivo das pessoas.

Enquanto a educação formal, naturalmente, está associada às escolas, colégios e instituições de ensino superior, onde apresentam currículos e regras de certificação claramente definidas, a educação não formal, é acima de tudo, um processo de aprendizagem social, centrado no formando ou educando, através de atividades que complementem o processo de ensino formal. Segundo a pedagogia de Paulo Freire, existem três fases distintas na construção desta formação não formal: o diagnóstico do problema e o que é necessário ou possível para solucionar; a elaboração em conjunto, do técnico com o indivíduo, da elaboração da proposta de trabalho e por fim, o desenvolvimento da participação em grupo ou comunidade. A educação não formal é vista como um processo educativo mais amplo, ou seja, para além de um conjunto de conteúdos formais, promove a socialização entre os indivíduos, trabalhando no sentido de impulsionar as competências de cada um, desenvolvendo as suas atitudes e comportamentos (Pinto, 2005; Gohn, 2010).

A educação não-formal entende-se como um processo a várias dimensões, sendo elas: a aprendizagem política dos direitos dos indivíduos enquanto cidadãos; a capacitação dos indivíduos para o trabalho, por meio da aprendizagem de habilidades e/ou desenvolvimento de competências; a aprendizagem e exercício de práticas que

capacitam os indivíduos a organizarem-se no seu quotidiano, encontrando solução para os problemas que apresentem. A aprendizagem não formal permite reter conteúdos que possibilitem aos indivíduos fazerem uma leitura do mundo do ponto de vista de compreensão do que se passa ao seu redor, bem como o desenvolvimento de novas competências. Em suma, e considerando a educação não-formal como um dos núcleos básicos da Pedagogia Social, é necessário referir a importância da ALV e da participação das pessoas idosas no seu quotidiano, como promoção de um envelhecimento ativo e bem-sucedido (Gohn, 2006).

A contribuição da educação para a participação social e desenvolvimento pessoal da pessoa idosa cada vez mais tem sido um fator a ser reconhecido e inquestionável, pois permite a aquisição e atualização de novos conhecimentos, atitudes e competências para ser um cidadão ativo e consciente. É fundamental que se assumam os pressupostos associados ao envelhecimento ativo, dando ênfase ao aumento da participação ativa e social das pessoas idosas, com o objetivo de integrar e valorizar as mesmas na sociedade. A promoção desta participação deve basear-se numa intervenção integrada com o indivíduo, através das suas competências e habilidades (Araújo, 2013).

2.7. Educação Social e Envelhecimento

A Educação Social (ES) prende-se por ser a dimensão prática da Pedagogia Social, ou seja, surge como a aplicação das técnicas, métodos e dinâmicas, baseado numa metodologia de investigação-ação que permite à ES encontrar soluções e estratégias para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos e comunidade (Serrano, 2009). A ES afirma-se como sendo uma contínua e evolutiva configuração do indivíduo com o princípio de promover o seu desenvolvimento e atingir a sua participação ativa na sociedade, dinamizando e evitando o risco, a dificuldade e/ou conflito social (Ortega, 1999; Diaz, 2006).

Com base na definição de ES e dado o objeto do presente estudo, importa abordar um dos eixos da ES, em particular, o socioeducativo, onde é evidenciada a dimensão social do indivíduo, surgindo a mediação com o objetivo de prevenir situações de escassez, promovendo as capacidades sociais e de integração. A par disto, a ES pretende promover a autonomia dos indivíduos, com base em estratégias didáticas, adaptadas ao contexto onde o indivíduo se encontra e sendo a ES uma prática social que medeia a

socialização dos indivíduos, articula a sua intervenção através de fundamentos científicos da Pedagogia Social, traduzindo-se na qualidade de vida e bem-estar da sociedade (Fernández, 1999; Diaz, 2006; Serrano, 2009).

Segundo Petrus (1998), existem diferentes perspetivas relativamente à ES, tendo por base questões ligadas ao bem-estar, nomeadamente como adaptação, socialização e aquisição de competências. Como adaptação, a intervenção é baseada nas características intelectuais, sociais e culturais necessárias à adaptação do sujeito na sociedade. Como socialização, a ES é considerada como o processo de integração social, tendo como base as normas, valores e atitudes que permitam uma socialização ativa e correta. Quanto à aquisição de competências sociais, esta promove e procura consciencializar para a participação ativa na sociedade, através das suas capacidades e *skills*, melhorando as relações sociais, preparando o indivíduo para as mudanças que advém desta intervenção.

Como base no que temos vindo a apresentar, torna-se necessário referir no que consiste a Pedagogia Social. Esta, apresenta-se como uma ciência de carácter teórico-prático, considerada a ciência da educação social das pessoas e dos grupos, focalizada na sociedade e nos indivíduos. A base de intervenção e campo de estudos da ES, aquando do desenvolvimento de estratégias, baseia-se na Educação Não Formal (ENF), que tem como foco principal o desenvolvimento, a promoção e a participação ativa no indivíduo, baseando-se na motivação dos mesmos para aprendizagem contínua. A ENF é também relacionada com o conceito da Aprendizagem ao Longo da Vida (ALV), ou seja, aquela que ocorre em qualquer momento da vida, que focaliza o melhoramento dos conhecimentos, aprendizagens, competências e aptidões, a vários domínios, pessoal, social, cívico, bem como profissional (Caliman, 2010).

O Técnico Superior de Educação Social (TSES), enquanto profissional que assenta a sua acção na Pedagogia Social, incide a sua intervenção focalizada e direccionada ao indivíduo, criando e originando estratégias de promoção da qualidade de vida e bem-estar (Caliman, 2010; Gohn, 2010; Serrano, 2009).

O TSES assume um processo de intervenção de ensino-aprendizagem, onde o seu principal objetivo é o diálogo para que possa ganhar a perceção do que é necessário para a formação completa do sujeito, procurando mediar, favorecer e apoiar as questões

vulneráveis a uma desadaptação social do indivíduo (Gohn, 2010; Serrano, 2009). O TSES realiza a sua intervenção com base nos quatro pilares da educação: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser (Delors et al, 1996), dando ênfase às aprendizagens ao longo da vida, onde é importante proporcionar um discurso coerente, transmitindo aprendizagens significativas ao indivíduo, valorizando o saber de cada um, as suas experiências e capacidades, promovendo, assim, aquisição de novos comportamentos e atitudes, visando a integração em sociedade. A intervenção deste técnico não deverá ser incidida apenas no problema que o sujeito apresenta ou os efeitos que advém dele, mas sim no que causou o mesmo, e por isso, a base da sua atuação assume uma responsabilidade ao nível preventivo, atua de forma a evitar o início do problema (Serrano, 2009). Na prática social de intervenção, o educador social deve apresentar um perfil de competências e saberes profissionais, habilidades e atitudes que enfoquem um atuação natural, seguindo linhas obrigatórias e princípios metodológicos essenciais. A sua atuação deve envolver indicadores sociais, culturais e económicos, bem como o meio envolvente do sujeito com quem interage (Gohn, 2010).

Assim, como nos faz compreender Serrano (2012), o TSES depreende-se por um profissional dinâmico, versátil, que procura apoiar e auxiliar, segundo métodos e técnicas pedagógicas, qualquer faixa etária, que esteja mais vulneráveis e com dificuldades ao nível da adaptação social, realizando um trabalho com e para o indivíduo, com o objetivo de reeducar. Com isto, o profissional visa promover uma intervenção educativa que corresponda à sua socialização, adaptação às regras e comportamentos adequados à comunidade onde vive.

Dado o objeto de estudo desta investigação, importa compreender e relacionar a ENF, ES e a ALV, com o processo de envelhecimento e como estes se encaixam nas organizações das US, bem como na promoção da qualidade de vida das pessoas idosas.

Para que o processo de envelhecimento surja de forma ativa e bem-sucedido é necessário incutir, capacitar e sensibilizar as pessoas idosas para um estilo de vida saudável, o que nos remete para o conceito da Educação para a Saúde.

A Educação para a Saúde assume um papel fundamental na velhice, na medida em que procura capacitar, promover e consciencializar os sujeitos no sentido da adoção de

estilos de vida saudáveis, prevenindo ao mesmo tempo e chamando atenção dos danos para um estilo de vida sedentário (Souza, Colomé, Costa & Oliveira, 2005; Toldy, Jólluskin, Silva & Meneses, 2011).

Na Educação para a Saúde, o papel do educador social surge como potenciador do *Empowerment*, proporcionando às pessoas idosas a sua participação na sociedade, trabalhando assim, a sua inclusão no quotidiano onde se insere. Como exemplo desta intervenção junto das pessoas idosas, surgem as Universidades Sénior, pela existência de atividades físicas, cognitivas e motoras, num ambiente de ENF, levando à promoção do bem-estar e qualidade de quem as frequenta, bem como de um envelhecimento saudável, ativo e bem-sucedido.

2.8. Educação Social, Universidade Sénior e Empowerment

Sendo a Educação Social um conceito potenciador de qualidades, competências e estratégias de forma a colmatar as dificuldades que os indivíduos acarretam, o educador social surge nas US como um potenciador do *empowerment*.

Como nos faz entender Oliveira, Oliveira e Scortegagna (2010):

Universidades Abertas para a Terceira Idade surgem como possibilidade de inserção do idoso num espaço educacional não-formal, que visa a integração social, aquisição de conhecimentos, elevação da auto-estima, valorização pessoal, conhecimento dos direitos e deveres e exercício pleno da cidadania. Destaca-se ainda, a não formalidade do currículo, que se organiza de maneira mais interativa, caracterizando a pedagogia social (p.3).

Nikkah e Redzuan (2009) fazem-nos compreender que o *Empowerment* na velhice é considerado um processo pelo qual os indivíduos, grupos e comunidades tornam-se capazes de assumir o controlo social, político, económico e psíquico e alcançar os seus objetivos, sendo capazes de trabalhar para maximizar a qualidade das suas vidas, através do acesso à informação, conhecimento e habilidades, sendo possível através da frequência nas Universidades Sénior. É um processo de mudança, com capacidade de escolha, promovendo o seu bem-estar e qualidade de vida.

Segundo Almeida (2007), o *empowerment* não deve ser trabalho apenas no sentido de dar às pessoas mais palavra ou poder de decisão, mas sim, desenvolver competências e

capacidades individuais e coletivas para que as pessoas idosas possam desenvolver um envelhecimento ativo, bem-sucedido, através das suas vontades, desejos e prazeres.

Como nos faz entender Printes (2013), tendo em conta o crescimento populacional que tem sido registado nos últimos anos é necessário que os países em desenvolvimento e já desenvolvidos devem preparar-se para este desafio com visão de um envelhecimento ativo e bem-sucedido. Para que este fenómeno seja possível de ser concretizado é necessário ter por base diversos fatores, como vivem as pessoas idosas, o que para elas é o envelhecimento saudável e como atuam para superar os desafios do processo do envelhecimento. Após essa análise, é possível alcançar um envelhecimento bem-sucedido, em qualidade de vida.

Em suma, o *empowerment* é considerado um processo dinâmico, ainda a ser explorado e desenvolvido, centrado nas pessoas e comunidades, atingindo vários níveis: social, cultural, económico e político (Almeida, 2007).

Segundo a temática trabalhada na presente investigação e de acordo com os diferentes pressupostos teórico apresentados, importa evidenciar que as US são instituições de carisma não formal, baseando-se em características da pedagogia social, onde são trabalhadas e desenvolvidas competências e aptidões das pessoas idosas, consoante as suas necessidades e expectativas para que possam reforçar conhecimentos já adquiridos, bem como adquirir novos conhecimentos, o que remete para uma aprendizagem contínua, ao longo da vida. Nestas organizações é possível verificar a promoção de um envelhecimento ativo, saudável, bem-sucedido e com qualidade, pois nestes espaços existe uma panóplia de atividades, não só a nível intelectual mas também a nível físico.

3. Metodologia

3.1. Formulação do Problema, Pergunta de Partida e Hipótese

O presente trabalho surge da necessidade de compreender a qualidade de vida e as atividades básicas e instrumentais da vida diária das pessoas idosas que frequentam as Universidades Sêniores, ou seja, que impacto é que estas organizações têm na vida destes idosos, realizando em simultâneo uma comparação entre um grupo não frequentador destas mesmas instituições.

Este estudo surge do projeto que está a ser desenvolvido pela Universidade de Évora em parceria com investigadores do Instituto Superior de Ciências Educativas, num contexto de investigação em ciências sociais e da saúde.

Por fim, surge a necessidade de entender a importância do papel da Educação Social na promoção da qualidade de vida na terceira idade, referindo assim, a questão do envelhecimento ativo.

Surge assim, a seguinte pergunta de partida:

De que forma a participação em atividades da US influencia a qualidade de vida e atividades básicas instrumentais da vida diária dos participantes?

Face à questão anteriormente colocada, apresentam-se as seguintes hipóteses:

A frequência à US está associada positivamente com pontuações mais elevadas de qualidade de vida, apresentando melhores indicadores de qualidade de vida, das atividades básicas e instrumentais da vida diária relativamente ao grupo que não frequenta.

O risco de queda das pessoas idosas é menor no grupo que frequenta a Universidade Sénior.

O desenvolvimento destas hipóteses, apesar do estudo transversal, reflete a leitura e expectativa que os investigadores têm dos dados com base na literatura, para verificar de que forma as expectativas iniciais dos investigadores foram alcançadas ou cumpridas.

3.2. Objetivo de Estudo: Geral e Específico

O presente trabalho tem como objetivo geral:

- Compreender a influência das Universidades Sêniors na qualidade de vida e atividades básicas e instrumentais da vida diária das pessoas idosas;

Após a definição do objetivo geral deste estudo, surgem os objetivos específicos, sendo eles:

- Analisar a associação existente entre frequentadores da US e qualidade de vida das pessoas idosas;
- Analisar a associação existente entre frequentadores da US e Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária;
- Analisar a diferença entre géneros nas variáveis sociodemográficas em estudo;
- Analisar o contributo do técnico superior de Educação Social no desenvolvimento da satisfação e qualidade de vida das pessoas idosas.

3.3. Tipo de Estudo

No ponto de vista metodológico, esta dissertação consiste um estudo transversal, pois este estudo pretende medir a frequência de um acontecimento ou fator numa dada população (Fortin, 2009), ou seja, existirá uma comparação entre um grupo frequentador das US e não frequentador relativamente à qualidade de vida e às atividades básicas e instrumentais da vida diária dos mesmos, em determinado momento pré-definido para este estudo.

Neste caso concreto, será utilizado uma bateria de testes psicométricos para a análise das variáveis em estudo.

3.4. Amostra

Para o presente estudo, os critérios de seleção foram os seguintes: mulheres e homens, com idade igual ou superior a 65 anos frequentadores da Universidade Sénior de Odivelas e não frequentadores das Universidade Sénior, sem problemas cognitivos e

sem problemas locomotores, podendo utilizar uma bengala/vara como ajuda na sua deslocação. Serão excluídos todas as pessoas idosas que frequentem outras organizações sociais para a terceira idade, como por exemplo: centros de dia, coletividades, entre outras.

A amostra foi escolhida de forma não probabilista, sendo que o GF foi definido de forma accidental/conveniência, ou seja, é o local e o momento que determinam a escolha dos sujeitos, e o GNF foi por amostra por redes, ou seja, foi necessário a intervenção do grupo frequentador para encontrar novos participantes (Fortin, 2009), após o convite a todos os alunos das respetivas US. Foi entregue um consentimento informado (Anexo A) antes da realização das baterias de questionários (Anexo B) esclarecendo o que se pretendia dos participantes e informando que a participação é voluntária. O estudo teve a aprovação do comité de ética da Universidade de Évora com o número 31155/2013 data 20 de Setembro de 2013 (Anexo C).

3.5. Instrumentos / Materiais

Psicométricos

No presente estudo será realizado um questionário geral para obtenção de dados sociodemográficos; serão realizados testes de força dos membros inferiores, bem como de equilíbrio dinâmico/agilidade (bateria de Fullerton). Para obtenção de dados sobre a ocorrência de quedas será realizado um questionário sobre as mesmas e as suas consequências; relativamente à qualidade de vida, será efetuado uma versão portuguesa do questionário Wold Health Organization Quality of Life Group – WHOQOL-bref (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich & Santos, 2000) que refere a dor, o desconforto, a energia, a fadiga, o sono e o descanso. Quanto às atividades básicas da vida diária será realizada uma versão portuguesa do índice de Katz (Sequeira, 2007) e para as AVD's, será praticada uma versão portuguesa de Lawton e Brody instrumental activities of daily living (Araújo, Ribeiro, Pinto & Martins, 2008). Para este trabalho iremos utilizar especificamente estes instrumentos que serão aplicados e recolhidos no início do mês de Novembro de 2013, terminando no mês de Dezembro de 2013.

Os questionários serão preenchidos após serem monitorizados pelos investigadores, num ambiente tranquilo, após uma breve explicação, bem como as provas físicas inerentes ao estudo, em instalações apropriadas.

Para a realização da análise estatística será utilizado o programa SPSS V. 21.0, que é um *software* aplicativo do tipo científico, onde vão ser inseridos todos os dados do presente estudo e realizadas as respetivas análises descritivas e inferenciais.

3.6. Procedimentos

Estatísticos

Para a consecução dos objetivos propostos e de forma a verificar as hipóteses definidas, vai-se realizar um procedimento estatístico descritivo para avaliação da análise da média e do desvio padrão referente aos dados sociodemográficos, qualidade de vida e atividades diárias e instrumentais da vida diária dos idosos.

Quanto ao processo estatístico inferencial, será utilizado a correlação de Spearman para a verificação do sentido e da força da relação entre as variáveis da qualidade de vida e das atividades diárias e instrumentais da vida diária de quem frequenta as US.

Kuskal-Wallis será utilizado para a análise das diferenças entre grupos nas variáveis de estudo.

O início da análise e do tratamento dos dados recolhidos destes instrumentos será em Dezembro de 2013 até Março de 2014. A avaliação dos mesmos será iniciada em Março de 2014, sendo o seu término em Maio do mesmo ano.

4. Resultados

4.1. Descrição dos Dados

Após a realização do teste de Kolmogorov-Smirnov para a análise da normalidade dos dados, verificámos que teríamos de aceitar a Hipótese alternativa e assumir que não há normalidade nos dados para as variáveis em estudo (todas as variáveis $p < .05$) (tabela 1).

Tabela 1 - Teste de Normalidade de Kolmogorov-Sminorv

	N	Z	P
Idade	50	0,129	0,042
Sexo	50	0,428	<.001
Escolaridade	50	0,458	<.001
Estado Civil	50	0,157	0,004

No que diz respeito a algumas das características sociodemográficas da amostra deste estudo (tabela 2), é possível verificar que a média (M) de idades dos frequentadores da US corresponde a 66,6 anos e o desvio padrão (DP) a 4,9. Quanto aos que não frequentam o mesmo parâmetro apresenta $M=67,2$ ($DP=8,10$).

Relativamente à variável Sexo, na categoria dos frequentadores, as mulheres predominam na sua maioria, com 19 indivíduos (76%) e 6 indivíduos (24%) homens. Quanto aos não frequentadores, as mulheres continuam a representar a maioria com 14 indivíduos (56%) e os homens com 11 indivíduos (44%).

Fazendo a análise à categoria do Estado Civil, deparamo-nos, em quem frequenta que 17 indivíduos são casados (68%) 1 pessoa separada (4%), 2 divorciados (8%) e 4 viúvos (16%), por fim 1 solteiro (4%). Quem não frequenta a maioria são casados, com 20 indivíduos (80%), 2 divorciados (8%) e 3 viúvos (12%).

A classe da Escolaridade apresenta, no que diz respeito a quem frequenta as US, 4% sabe ler e/ou escrever (1 indivíduo), 2 indivíduos (8%) do 1º ao 4º ano, entre o 5º e o 6º ano, 4 indivíduos (16%), do 7º ao 9º ano, a percentagem de frequentadores é de 20%, correspondendo a 5 indivíduos e 28% (7 indivíduos) com escolaridade entre o 10º e 12º

ano, e por fim, a nível dos estudos universitários, a percentagem chega aos 24% (6 indivíduos). Relativamente a quem não frequenta na mesma categoria, 1 indivíduo não sabe ler ou escrever (4%), 1 indivíduo (4%) pertence a quem sabe ler e/ou escrever, do 1º ao 4º ano, surge a maioria com 44% - 11 indivíduos e 8% com 2 pessoas do 5º ao 6º ano. Os 24% pertencem a 6 indivíduos do 7º ao 9º ano e 8% do 10º ao 12º ano (2 pessoas). As duas últimas parcelas, correspondem aos estudos universitários e formação pós graduada que apresentam ambos valores de 4% (1 indivíduo).

Verifica-se que não há diferenças significativas entre grupos no que diz respeito à idade ($p=0,49$). No que diz respeito ao sexo, verifica-se que existem diferenças significativas entre grupos ($p<0,24$) sendo que no GNF há uma maior percentagem de mulheres (76%) do que homens (24%). Quanto à variável Escolaridade, verifica-se que há diferenças significativas entre grupos ($p=0,001$), sendo que o GF apresenta maiores índices de escolaridade.

Tabela 2- Análise Descritiva dos Dados Sociodemográficos

	Frequentadores US	Não Frequentadores US	p
Idade (a)	66,6 ± 4,9	67,2 ± 4,9	0.490
Sexo (b)			0.024
Homens	11 (44%)	6 (24%)	
Mulheres	14 (56%)	19 (76%)	
Estado Civil (b)			
Solteiro	1 (4%)	0 (0%)	
Casado	17 (68%)	20 (80%)	>.001
Separado	1 (4%)	0 (0%)	
Divorciado	2 (8%)	2 (8%)	
Viúvo	4 (16%)	3 (12%)	
Escolaridade (b)			
Não sabe ler nem escrever	0 (0%)	1 (4%)	
Sabe ler e/ou escrever	1 (4%)	1 (4%)	
1º - 4º ano	2 (8%)	11 (44%)	0.001
5º - 6º ano	4 (16%)	2 (8%)	
7º - 9º ano	5 (20%)	6 (24%)	
10º - 12º ano	7 (28%)	2 (8%)	
Estudos Universitários	6 (24%)	1 (4%)	
Formação Pós-Graduada	0 (0%)	1 (4%)	

a) valores expressos como média e desvio padrão; p de Kruskal-Wallis teste;

b) valores expressos como n (%); p de Chi-quadrado teste

Na análise da comparação da qualidade de vida entre frequentadores e não frequentadores da US, verificou-se que apenas existiam alterações significativas no

domínio físico ($p=0.026$) entre grupos, sendo que nos restantes domínios não se verificaram diferenças significativas (tabela 3). Analisou-se também de forma global os quatro domínios e também não se verificaram alterações significativas ($p=0.991$)

Tabela 3 – Análise das variáveis sociodemográficas nos domínios de qualidade de vida (WHOQOL-Bref)

	Frequentadores		Não Frequentadores		p
	M	DP	M	DP	
Domínio Físico	78,9	11,13	71,28	12,13	0,026
Domínio Psicológico	77,3	12,5	76,5	12,37	0,777
Domínio Relações sociais	75,3	11,4	74	16,72	0,937
Domínio Ambiente Físico	68,2	12,39	68,62	12,2	0,969

Como se pode verificar na tabela 4, o GF difere do GNF na força membros inferiores ($p = 0,022$; FG $M = 19,6 \pm 5,1$ Vs GNF $M = 16,6 \pm 2,9$). Em todas as outras variáveis não existem diferenças estatisticamente significativas (todos $p > 0,05$). É possível verificar que o GNF tem, em comparação com GF, maior consumo de medicamentos e prevalência de doenças e melhores resultados ao nível do equilíbrio dinâmico. A maioria das respostas em ambos os grupos demonstra que os mesmos têm, ocasionalmente, medo de cair (GF 12 (48%) e GNF 11 (44%). No que diz respeito ao número de quedas, no passado, de 12 meses, o GF mostra que aproximadamente metade dos indivíduos tiveram uma queda (Sim - 13 (52%); n - 12 (48%) e o GNF mostra um menor número de quedas (Sim - 9 (36%); n - 16 (64%).

Tabela 4: Risco de Quedas nos grupos de frequentadores e não frequentadores

	Frequentadores (n=25)	Não frequentadores (n=25)	P
Medicamentos (n°) ^a	2,79 ± 1,65	3,38 ± 2,53	0,641
Doenças (n°) ^a	1,16 ± 1,06	1,23 ± 0,93	0,733
Equilíbrio (s) ^a	5,15 ± 0,73	5,40 ± 1,1	0,977
Força nos membros inferiores (n° de ciclos ao levantar/sentar-se em 30 s) ^a	19,6 ± 5,1	16,6 ± 2,9	0,022
Medo de Cair ^b			0,588
- Nunca	8 (32%)	8 (32%)	
- Ocasionalmente	12 (48%)	11 (44%)	
- Frequência	2 (8%)	3 (12%)	
- Sempre	3 (12%)	3 (12%)	
Quedas ^b			0,396
- Sim	13 (52%)	9 (36%)	
- Não	12 (48%)	16 (64%)	

^a Valores apresentados como média ± e desvio padrão; p: teste Kruskal-Wallis

^b Valores apresentados em n (%); p: teste Chi-square

Por fim, realizou-se uma análise de regressão linear sobre a influência das variáveis sociodemográficas nos domínios de qualidade de vida (tabela 5). É possível verificar que o GF não apresenta diferenças significativas no modelo de regressão total para cada um dos domínios. No GNF, existem diferenças significativas na variável idade ($p=0.008$), sendo que a idade parece influenciar negativamente o domínio Físico ($R^2 = 40.1\%$, $p=0.03$). Verifica-se também uma diferença significativa na influência da variável Escolaridade no domínio Social ($p=0.004$). Esta variável indica que a escolaridade está a influenciar negativamente o domínio Social ($R^2 = 38.3\%$, $p=0.039$).

Tabela 5 – Análise de regressão linear na influência das variáveis sociodemográficas na qualidade de vida

	Físico			Psicológico			Social			Ambiental		
	B	R ²	P	B	R ²	P	B	R ²	P	B	R ²	p
FREQUENTADORES												
Modelo de Regressão												
Total		0.139	0.562		0.016	0.988		0.079	0.800		0.012	0.994
Idade	0.368		0.278	0.167		0.633	0.366		0.286	0.084		0.811
Sexo	0.333		0.340	0.188		0.612	0.421		0.245	0.002		0.996
Estado Civil	-0.296		0.220	-0.061		0.811	-0.41		0.868	0.075		0.768
Escolaridade	0.418		0.168	0.136		0.668	0.233		0.449	0.057		0.857
NÃO FREQUENTADORES												
Modelo de regressão												
Total		0.401	0.030		0.179	0.388		0.383	0.039		0.193	0.344
Idade	-0.550		0.008	-0.124		0.578	-0.161		0.408	-0.238		0.286
Sexo	-0.179		0.373	-0.339		0.156	-0.045		0.824	-0.279		0.235
Estado Civil	-0.187		0.361	-0.053		0.824	-0.247		0.238	-0.153		0.517
Escolaridade	-0.276		0.144	-0.262		0.231	-0.606		0.004	-0.069		0.745

4.2. Discussão dos Dados

Amostra

Relativamente à amostra, os dados demonstram uma média (M) de 66.6 anos para quem frequenta e 67.2 anos para quem não frequenta, ou seja, como nos faz entender Ferreira et al. (2013), considera-se uma pessoa idosa, um indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, logo, a amostra do presente estudo está dentro dos parâmetros teóricos existentes.

Dados Sociodemográficos

Quanto aos dados sociodemográficos, apresentados na tabela 2, o sexo feminino surge em maior percentagem, tanto no GF como no GNF. Relativamente à escolaridade, onde surgem diferenças significativas, os alunos que frequentam as US apresentam níveis mais elevados. Estes resultados já eram esperados, quanto ao género, demonstra-se um aumento de esperança média de vida, sendo em maior percentagem para as mulheres, como é apresentado no gráfico 1, na projeção até 2060 (INE, 2014; RUTIS, 2011).

Comparativamente à escolaridade, uma das questões que faz com que as pessoas com menor nível de escolaridade não frequentem as US, é a conotação social que a palavra Universidade comporta (Afagema, 2007; Formosa, 2012).

Dados Sociodemográficos nos domínios da Qualidade de Vida – WHOQOL- Bref

A análise do WHOQOL-Bref (tabela 3) mostra-nos que há diferenças no domínio físico entre FG e GNF ($M = 77,7$, $DP = 12,2$ vs. $M = 71,3$, $DP = 12,1$, $p = 0,026$). Este domínio explora a dor, o desconforto, a energia, a fadiga, o stress e o descanso (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovic & Santos, 2000).

A partir dos dados recolhidos, não é possível identificar claramente as razões por detrás dos mesmos. No entanto, sugerimos que numa investigação futura a amostra seja com um número mais elevado de participantes.

Na tabela 4, é possível observar que no GF, mesmo não existindo diferenças significativas (ambos $p > 0,05$), existe um consumo de medicamentos superior em comparação com o GNF, assim como apresenta indicações de ser o grupo que tem mais doenças. Devido ao facto de apresentar estes valores relativamente ao consumo de medicamentos, a dor e o desconforto podem estar influenciados por este mesmo fenómeno, ou seja, os níveis mais altos de atividade física poderão estar relacionados com o consumo destes medicamentos e os mesmos estarem atuar de forma a camuflar a energia e a fadiga. Tendo em conta os valores mais elevados pelo GF no domínio físico, é possível verificar que um dos fatores que poderá estar a influenciar o mesmo é a força nos membros inferiores. Com estes valores é possível verificar que existem diferenças significativas entre grupos: GF: $M = 19,6 \pm 5,1$; GNF: $M = 16,6 \pm 2,9$; $p = 0,002$.

Quanto à média das idades apresentada na tabela 3, é possível verificar que a mesma é superior à média das idades que é balizada para se considerar uma pessoa, idosa (65 ou mais anos) (Rikli & Jones, 2001).

Era esperado encontrar outras diferenças significativas na análise da qualidade de vida desta população, pois diversos estudos indicam a importância das US na promoção da saúde para quem frequenta, ou seja, era previsto que houvesse outros indicadores positivos na questão do bem-estar psicológico, entre os outros domínios da qualidade de vida (Printes et al., 2014; Formosa, 2007; 2012).

Risco de Quedas

Subjacente à questão do medo de cair nas pessoas idosas, está o equilíbrio e à mobilidade, ou seja, são indicadores importantes a serem trabalhados na população idosa com fraca mobilidade. É de extrema importância o treino do equilíbrio com esta população, combinação de diversas atividades com o objetivo de melhorar e/ou reforçar os membros inferiores, reduzindo assim o risco maior de queda. O leque vantajoso de atividades físicas existentes nas US surgem de forma a colmatar esta problemática das quedas, pois quem frequenta deverá apresentar um menor risco de quedas e medo de cair, o que não surgiu na leitura dos resultados obtidos (Frank, et al, 2007; Campos, 2010; Macedo et al., 2005).

Na amostra deste estudo, o medo de cair não demonstrou diferenças significativas entre grupos ($p=0.588$). No entanto, e apesar da falta de diferenças estatisticamente significativas ($p=0.396$), o número de quedas mais elevado nos últimos 12 meses é representado pelo GF (52%) em comparação com o GNF (36%). Posto isto, não parece que as quedas anteriores estejam a afetar o medo de cair, contradizendo os dados anteriormente apresentados, minimizando assim a possibilidade de incapacidade física e qualidade de vida.

Era esperado, também, que os resultados obtidos em ambos os grupos, relativamente aos membros inferiores, bem como da força e equilíbrio, indicassem um menor risco de quedas, como referem diversos estudos (Gremeaux, et al, 2012; Formosa, 2012).

Na medida de compreendermos a influência das US na qualidade de vida e nas AVD's, era esperado que houvesse uma influência positiva no GF nos domínios da qualidade de vida, ou seja, que tivessem uma capacidade física superior aos que não frequentam, bem como apresentar um bem-estar psicológico, relações sociais e ambiente físico maior que o GNF, como apontam os diversos autores. O mesmo acontece quando analisámos a correlação entre os frequentadores nos domínios da qualidade de vida e atividades básicas da vida diária.

Relativamente à diferença de géneros foi possível constatar que as mulheres encontram-se em maior número nestas instituições, como foi analisado, também teoricamente por Formosa (2012) e pela instituição que representa as US, a RUTIS (2011).

5. Conclusões

O término de um trabalho de investigação requer que, para além da apresentação das principais conclusões, se procure analisar e reflectir sobre todo o processo investigativo, apresentando as suas limitações bem como as recomendações para melhorar o trabalho desenvolvido e potenciar a investigação de novos estudos.

Neste sentido, iniciaremos a nossa conclusão com a apresentação e sistematização das principais conclusões obtidas a partir das hipóteses e objetivo em estudo, bem como, na reflexão sobre o corpo teórico que emoldura a presente investigação.

Tendo em conta os estudos analisados na presente dissertação, no sentido de compreender qual o impacto das US na qualidade de vida das pessoas idosas, podemos referir que todos eles indicam que as US promovem o bem-estar físico, psicológico e social de quem frequenta.

Torna-se impossível dissociar o conceito de US com o de envelhecimento. Sendo o envelhecimento um tema cada vez mais de interesse público, nacional e mundial, devido ao crescente número de idosos e esperança média de vida é necessário a criação de mais espaços como as US, para que possa ser trabalhado o envelhecimento ativo e bem-sucedido, bem como o *empowerment* nas pessoas idosas.

Na articulação entre as US e o envelhecimento e face ao objetivo geral deste estudo, que visava compreender a influência das US na qualidade de vida e AVD's das pessoas idosas, foi possível verificar que a primeira hipótese da presente dissertação demonstrou uma evidência positiva no domínio físico entre os grupos frequentadores e não frequentadores. No concernente aos restantes domínios (psicológico, social e ambiental) não foram demonstradas quaisquer alterações significativas.

Relativamente à segunda hipótese, que afirmava que o risco de queda das pessoas idosas é menor no grupo que frequenta a US, os resultados vieram contrariar o enunciado, verificando-se um menor risco de quedas no GNF.

Apresentados os resultados do estudo tendo em conta o objectivo e hipóteses, importa agora relevar o marco teórico sustentador da presente investigação e evidenciar a

Educação Social, enquanto intervenção socioeducativa não formal, potenciadora do *empowerment* das pessoas idosas, e enquanto promotora do envelhecimento ativo, da qualidade de vida e do bem-estar nas US.

5.1. Limitações

Ao longo da investigação e do estudo realizado, foram surgindo algumas limitações.

A amostra utilizada neste estudo foi reduzida. Apesar de inicialmente se prever uma maior participação e adesão ao estudo, mas tal não se verificou. Desta forma, utilizámos uma amostra limitada, que reduz consideravelmente as possibilidades de análise estatística, reforçando a necessidade de alguma precaução na interpretação dos resultados.

A escolha do grupo de controlo é também um aspeto a considerar neste estudo. A forma de cativar os participantes deste grupo pode manifestar-se em viés em algumas das respostas. Será de esperar que em alguns casos o familiar ou amigo convidado possa responder de acordo com as expectativas dos investigadores e/ou amigos.

Outra limitação encontrada no presente estudo foi a falta de pessoas idosas com faixas etárias mais altas. Nesse caso, seria de esperar que as pessoas idosas que frequentam as US apresentassem melhores resultados do que as que não frequentam. Na amostra do presente estudo, os efeitos diluem-se.

O tempo cronológico pôde também ter sido uma limitação no estudo, pois a possibilidade de existirem mais medições ao longo do tempo, poderia ter sido vantajoso para obtenção de diferentes resultados, para melhor compreender a influência das US na qualidade de vida das pessoas que as frequentam.

Outra limitação que foi constatada ao longo da presente dissertação, prende-se com o facto de não se ter realizado uma balizagem ao nível dos anos de frequência em US, o que poderia demonstrar uma maior distinção entre o GF e GNF.

5.2. Recomendações

Como recomendações, na eventualidade de continuidade deste mesmo estudo ou outros futuros, seria importante a implementação do mesmo a um número maior de pessoas

idosas, que frequentam e não frequentam as US, para que se possa obter resultados mais concretos na influência destas instituições nos diversos domínios da qualidade de vida e bem-estar no processo de envelhecimento.

A existência de uma medição contínua ao longo da investigação seria importante ter em conta, pois existem diversos fatores extrínsecos possíveis de influenciar as respostas dadas aos questionários, ou seja, uma medição realizada após a pausa letiva de verão, poderá encontrar-se respostas opostas e/ou distintas daquelas que eventualmente surjam a meio do ano letivo. Isto poderá levar-nos, também para o aumento do período de implementação do projeto.

Outro possível facto a ter em conta é os anos de frequência destas organizações, pois poderão surgir perspetivas diferentes de quem frequenta a 5 anos de quem frequenta apenas 1.

É necessário também referir a importância de contemplar no estudo pessoas idosas com idades superiores às da presente investigação, ou seja, incluir idades dos 80-85 ou mais anos, onde poderíamos encontrar respostas distintas daquelas que foram encontradas no presente estudo.

6. Referências Bibliográficas

- Alfageme, A. (2007). The clients and functions of Spanish university programmes for older people: a sociological analysis. *Ageing & Society*, 27, (03): 343 - 361
- Almeida, R.; Abreu, C. & Mendes, A. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: Contributo para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 163-172.
- Almeida, S.; Soldera, C.; Carli, G.; Gomes, I. & Resende, T. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predispõem a quedas em idosos. *Elsevier Editora Lda*. 58(4), 427-433
- Araújo, L. (2014). *A Participação Social das Pessoas Idosas*. In Azevedo, S. & Correia, F. (Coord.), Educação e Integração Social – 3º Congresso Internacional de Educação Social. 91-104. Porto: Fronteira do Caos.
- Belon, A.; Francisco, P.; Barros, M.; César, C.; Coranchina, L., Goldbaun, M & Alves, M. (2008). Diabetes em idosos: perfil sócio-demográfico e uso de serviços de saúde. *XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 1-10.
- Biehl-Printes, C. (2013). A Busca da Qualidade de Vida e a Contribuição da Universidade Aberta para a Terceira Idade. *Revista da SORBI*, 1, 19-21.
- Biehl-Printes, C., Teixeira, D. S., Costa, A., Pinheiro, V., Sousa, P. M., Cruz, J. & Tomas-Carus, P. (in press). A comparative study of the perception of quality of life among elderly students and non-students of Universities of third age. *Journal of Aging & Innovation*,
- Carta de Ottawa (1986). *Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde*. Ottawa.
- Carvalho, M. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Lidel
- Cipriani, N., Meurer, S., Benedetti, T. & Lopes, M (2009). Aptidão funcional de idosas praticantes de atividades físicas. *Revista Brasileira Cineantropom Desempenho Humano*, 2010, 12 (2):106-111.

- Dâmaso, F. (2005). *A Idade Maior*. Seminário de Investigação e Apoio Metodológico III. Instituto Superior de Ciências Educativas: Ramada.
- Delors, J., Al-Mufti, I., Amagi, I., Carneiro, R., Chung, F., Geremek, B., Gorham, W., Kornhauser, A., Manley, M., Quero, M.P., Savané, M.A., Singh, K., Stavenhagen, R., Surh, M.W. & Nanzhao, Z. (1996). *Educação: Um Tesouro a Descobrir*. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o séc. XXI. Cortez Editora: Brasil
- Dionyssiatis, Y. (2012). Analyzing the problem of falls among older people. *International Journal of General Medicine*, 5, 805–13.
- Dumazedier, J. (2000). *Lazer e Cultura Popular*. São Paulo: Perspectiva.
- EC – European Commission (2006). The Demographic future of Europe – from challenge to opportunity.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., & Santos, L. (2000). Aplicação da versão em Português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública Journal of Public Health*, 34(2): 178-83
- Fonseca, A. (2014). *Envelhecimento, Saúde e Doença – Novos Desafio para a Prestação de Cuidados a Idosos*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Formosa, M. (2012). Four decades of Universities of the Third Age: past, present, future. *Journals Cambridge*, 34, 1: 1-25.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Galinha, I. & Ribeiro, J (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2): 203-214.
- Gohn, M. (2006). Educação Não Formal na Pedagogia. *Educação*, 35, 1: 137-138.
- Gohn, M. (2010). *Educação Não Formal e o Educador Social. Atuação no desenvolvimento de Projetos Sociais*. São Paulo: Cortez Editora.

- Gremeaux, V., Gayda, M., Lepers, R., & Sosner, P. (2012). Exercise and longevity. *Maturitas*, 73, 312–317.
- Guimarães, R. (2010). *Envelhecer com Qualidade. Um capital de saúde*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Macedo, B.; Marques K.; Oliveira, E.; Gomes, G. & Pereira, L. (2005). Parâmetros clínicos para identificar o medo de cair em idosos. *Fis Mov*, 18: 65-70
- Monteiro, H. & Neto, F. (2008). *Universidades da Terceira Idade – Da Solidão aos motivos para a sua frequência*. Porto: Legis Editora.
- Ninacs, W. (2003). *Empowerment: Cadre Conceptuel et Outil d’Evaluation de l’Intervention Sociale et Communautaire*. Québec: Le Clé.
- Oliveira, R., Oliveira, P. & Scortegagna, R. (2010). Mudanças sociais e saberes: o papel da educação na terceira idade. *RBCEH, Passo Fundo*, 6, 3, 382-392.
- Pinto, C. (2011). Representações e práticas do Empowerment nos trabalhadores sociais. Tese de Doutoramento. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas: Lisboa.
- Pinto, L. (2005). Sobre Educação Não-Formal. *Cadernos d’Inducar*. Acedido em - <http://www.inducar.pt/webpage/contents/pt/cad/sobreEducacaoNF.pdf>
- Rede de Universidades da Terceira Idade. (2008). *Universidades Sêniores*. Acedido em <http://www.rutis.org/cgi-bin/reservado/scripts/command.cgi/?naction=4&mn=EkpFuVZlEynEumlwll>
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa. Lidel
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa. Lidel
- Rikli, R. E. & Jones, C. J. (2002). Measuring functional. Fitness of older adults. *The Journal on Active Aging*. (24-30).
- Romans, M., Petrus, A., & Trilla, J. (2003). *Profissão: Educador Social*. Porto Alegre: Artmed

- São José, J. & Teixeira, A. (2014). Envelhecimento ativo: contributo para uma discussão crítica. *Análise Social*, 210, 49 (1), 28-54
- Serrano, F. (2012). Educación Social para la Salud: proyección, acción y profesionalización. *Revista Médica Risaralda*, 19 (1), 75-80.
- Serrano, G. (2009). *Pedagogia Social. Educación Social. Construção Científica e Intervenção Prática*. Madrid: Norcea.
- Souza, A., Colomé, I., Costa, L. & Oliveira, D. (2005). *A Educação em Saúde com Grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da Promoção da Saúde*. Porto Alegre: Gaúcha Enfermagem.
- Squire, A. (2005). *Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas. Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusodidacta.
- Toldy, T., Jólluskin, G., Silva, I. & Meneses, R. (2011). Educação para a Saúde-Educação para a Cidadania: Relato de Duas Experiências de Extensão Comunitária. *Antropológicas*, 12, 52-59.
- Vaz, S. & Gaspar, N. (2012). A Depressão no Idoso Institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (4), 49-58.
- Vaz, S. (2009). A Depressão no Idoso Institucionalizado. Estudo em Idosos Residentes nos Lares do Distrito de Bragança. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação: Porto.

7. ANEXOS

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO



O presente documento insere-se num projeto de investigação realizado pela Universidade de Évora em colaboração com Instituto Superior de Ciências da Saúde – ISCE, e tem como intuito informar e solicitar a sua colaboração para a referido projeto. Este projeto será controlado por uma equipa de investigadores liderada pelo Prof.º Doutor Pablo Tomás Carús (Ph.D.) e constituído pela equipa de investigadores: a Prof.ª Doutora Clarissa Biehl Printes (Ph.D.), o Prof.º Doutor Valter Pinheiro (Ph.D.), o Prof.º Doutor Armando Raimundo (Ph.D.), a Prof.ª Doutora Catarina Pereira (Ph.D.), o Prof.º Diogo Teixeira (MSc), e o Prof.º Armando Filipe Costa.

O objectivo principal deste estudo é: conhecer o impacto da Universidade Sénior sobre qualidade de vida, atividade e condição física funcional e ocorrência de quedas dos idosos. Serão avaliadas: i) condição física funcional (testes de força dos membros inferiores e equilíbrio dinâmico/agilidade da bateria de Fullerton), ii) ocorrência de quedas e consequência das mesmas (questionário de ocorrência de quedas), iii) atividade e inatividade física (questionário Internacional de Avaliação de Atividade Física – IPAQ), iv) qualidade de vida (versão portuguesa do questionário WHOQOL – BREF), v) avaliação das atividades básicas e instrumentais da vida diária (índice de Katz e de Lawton), e vi) rastreio cognitivo (teste do desenho do relógio).

Os critérios de inclusão são: mulheres e homens com idades iguais ou superior a 65. Os critérios de exclusão são: idosos frequentadores de outra organização social formal para terceira idade, i.e.: clube desportivo, associação de solidariedade social, associação de moradores, etc; ou participação em entidades ou organizações com atividades orientadas para terceira idade, i.e.: centros de dia, universidades seniores, colectividades recreativas, juntas de freguesia, serviços de câmara municipal, igrejas/centros paroquiais ou outros locais de culto.

Todos dados serão tratados de forma confidencial e usados para fins académicos/científicos.

_____, com BI nº _____

DECLARO que li e compreendi as características do projeto exposto, podendo esclarecer todas as dúvidas existentes, reconhecendo que em toda atividade física pode existir algum risco, embora exista uma explicação e demonstração prévia de como realizar as provas de condição física funcional por parte dos responsáveis pelo projeto.

ACEITO LIVREMENTE COLABORAR NO ESTUDO SUPRACITADO

Lisboa, _____ de _____ de 20__

Assinatura _____

Joana Filipa Martins da Cruz

ANEXO B – BATERIA DE QUESTIONÁRIOS

Nome: _____

GRUPO: Universidade Controlo

A Questionário geral

Idade: _____ anos

Sexo: ☐ Homem ☐ Mulher

Estado civil:

Escolaridade:

☐ Solteiro (a)

☐ Não sabe ler nem escrever

☐ Casado (a)

☐ Sabe ler e/ou escrever

☐ União de Facto

☐ 1º-4º anos

☐ Separado (a)

☐ 5º-6º anos

☐ Divorciado (a)

☐ 7º-9º anos

☐ Viúvo (a)

☐ 10º-12º anos

☐ Estudos universitários

☐ Formação pós-graduada

Apenas para o GRUPO UNIVERSIDADE:

1.- Em que ano ingressou na universidade sénior? _____

2.- Quantas vezes por semana frequenta a universidade? _____

3.- Quantas disciplinas frequenta ao ano? _____ Quais: _____

4.- O que motivou a frequentar a universidade? (apenas uma opção):

☐ Vontade própria ☐ Indicação de familiares

☐ Indicação do médico de família ☐ Indicação de amigos

☐ Publicidade da universidade ☐ Indicação da junta de freguesia

5.- Tem intenção de deixar de frequentar a universidade: ☐ Sim ☐ Não

Apenas para o GRUPO CONTROLO:

1.- Por que não frequenta a universidade? (apenas uma opção):

- ☐ Não considera o ambiente para si ☐ Por dificuldades locomotoras
☐ Limitações financeiras ☐ Falta de tempo
☐ Dificuldades de localização ☐ OUTRAS: _____

TEM ou TEVE algumas destas doenças?

DOENÇAS		CLASSIFICAÇÃO	SIM	NÃO	QUAL (AIS)
1	Doenças Neurológicas	Alzheimer, Parkinson			
2	Doenças Cardiovasculares	Enfarte, Angina de peito, insuficiência cardíaca, AVC (aneurisma, trombose)			
3	Doenças Pulmonares	Pneumonia, DPOC (Bronquite, Enfizema crónica).			
4	Doenças Metabólicas	Diabetes, Obesidade.			
5	Cancro	Mama, útero, Próstata, estômago, intestino, outros.			
6	Doenças Reumatológicas	Osteoporose, Osteoartrose, Artrite reumatoide, fibromialgia			
7	Doenças do foro psicológico	Depressão.			-----
8	Infecção Urinária	-----			-----
9	Fatores de risco	Hipertensão, colesterol elevado, álcool, fumo, alimentação inadequada, sedentarismo, retenção urinária no homem , incontinência urinária na mulher .			

Número de medicamentos que toma actualmente? _____

Em média, quanto dinheiro gasta por MÊS em medicamentos _____ €.

B OCORRÊNCIA DE QUEDAS (últimos 12 meses)

Tem medo de cair?

☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Frequentemente ☐ Sempre

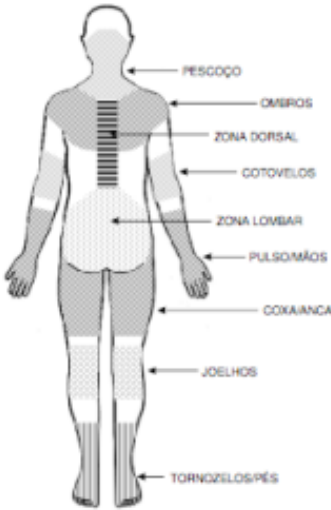
Esse medo de cair o impede-o de realizar alguma(s) das atividades diárias?

☐ Não ☐ Sim

Se sim, **escreva** quais: _____

No último ano (12 meses) quantas vezes caiu? _____

Em relação à pior queda:

Onde caiu?	O que estava a fazer?
<input type="checkbox"/> Dentro da sua casa <input type="checkbox"/> À entrada de casa ou no quintal <input type="checkbox"/> Fora de casa no exterior <input type="checkbox"/> Fora de casa num espaço fechado	<input type="checkbox"/> Caminhar <input type="checkbox"/> Caminhar a subir (rampa, ladeira, outro) <input type="checkbox"/> Caminhar a descer (rampa, ladeira, outro) <input type="checkbox"/> Subir escadas <input type="checkbox"/> Descer escadas <input type="checkbox"/> Baixar ou Levantar <input type="checkbox"/> Ultrapassar Obstáculo (passeio, outro) <input type="checkbox"/> Outra: _____
Porque caiu? <input type="checkbox"/> Escorreguei <input type="checkbox"/> Tropecei <input type="checkbox"/> Perdi os sentidos <input type="checkbox"/> Tive uma tontura <input type="checkbox"/> Senti fraqueza nas pernas <input type="checkbox"/> Outra: _____	
<p>Como resultado da queda, quanto tempo esteve impossibilitado de realizar as atividades normais do dia-a-dia? _____ dias</p> <p>Como resultado da queda sofreu alguma lesão? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se sim, fez alguma fratura? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Onde? Assinale o local na imagem.</p>	

C Questionário Internacional de Avaliação da Atividade Física - IPAQ

Este questionário inclui questões sobre a actividade física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para outro, no trabalho, nas actividades domésticas (femininas ou masculinas), na jardinagem e nas actividades que efectua no seu tempo livre para entretenimento, exercício ou desporto. As questões referem-se à actividade física que realiza numa **semana normal**, e **não em dias excepcionais**, como por exemplo, no dia em que fez a mudança da casa.

Por favor responda a todas as questões mesmo que não se considere uma pessoa activa.

Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

***Atividade física vigorosa** refere-se a actividades que requerem muito esforço físico e tornam a respiração muito mais intensa que o normal.*

***Atividade física moderada** refere-se a actividades que requerem esforço físico moderado e torna a respiração um pouco mais intensa que o normal.*

*Ao responder às questões considere apenas as actividades físicas que realize durante **pelo menos 10 minutos seguidos**.*

1a Durante a última semana, quantos **dias** fez actividade física **vigorosa** como levantar e/ou transportar objetos pesados, cavar, realizar ginástica aeróbica, correr, nadar, jogar futebol ou andar de bicicleta a uma velocidade acelerada?

_____ dias por semana

_____ Nenhum (passe para a questão **2a**)

1b Quanto **tempo**, no total, despendeu num desses dias, a realizar actividade física vigorosa?

_____ horas _____ minutos

2a Durante a última semana, quantos **dias** fez actividade física **moderada** como levantar e/ou transportar objetos leves, andar de bicicleta a uma velocidade moderada, actividades domésticas (ex: esfregar, aspirar), cuidar do jardim, fazer trabalhos de carpintaria, jogar ténis de mesa? **Não inclua** o andar/caminhar.

_____ dias por semana

_____ Nenhum (passe para a questão **3a**)

2b Quanto **tempo**, no total, despendeu num desses dias, a realizar actividade física moderada?

_____ horas _____ minutos

3a Durante a última semana, quantos **dias andou/caminhou** durante **pelo menos 10 minutos seguidos**? Inclua caminhadas para o trabalho e para casa, para se deslocar de um lado para outro e qualquer outra caminhada que possa fazer somente para recreação, desporto ou lazer.

_____ dias por semana

_____ Nenhum (passe para a questão **4a**)

3b Quanto **tempo**, no total, despendeu num desses dias a andar/caminhar?

_____ horas _____ minutos

3c A que **ritmo** costuma caminhar?

_____ **Vigoroso**, que torna a sua respiração muito mais intensa que o normal;

_____ **Moderado**, que torna a sua respiração um pouco mais intensa que o normal;

_____ **Lento**, que não causa qualquer alteração na sua respiração.

As últimas questões referem-se ao tempo que está sentado diariamente no trabalho, em casa, no percurso para o trabalho e durante os tempos livres. Estas questões incluem por exemplo o tempo em que está sentado à mesa ou à secretária, a visitar amigos, a ler ou sentado/deitado a ver televisão.

4a Quanto **tempo**, no total, passou sentado(a) durante **um dos dias de semana** (segunda-feira a sexta-feira)?

_____ horas _____ minutos

4b Quanto **tempo**, no total, passou sentado(a) durante **um dos dias de fim-de-semana** (sábado ou domingo)?

_____ horas _____ minutos

Obrigado pela sua participação

D Avaliação Funcional - Atividades Básicas da vida diária (Katz)

D1. Lavar-se

- ☐ 1. Toma banho sem necessitar de qualquer ajuda
- ☐ 2. Precisa apenas de ajuda para lavar uma parte do corpo
- ☐ 3. Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho

D2. Vestir-se

- ☐ 1. Escolhe a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda
- ☐ 2. Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos
- ☐ 3. Precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo

D3. Utilizar a sanita

- ☐ 1. Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa, sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e despeja-o de manhã sem ajuda
- ☐ 2. Precisa de ajuda para ir à sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio, de noite
- ☐ 3. Não se levanta da cama

D4. Mobilizar-se

- ☐ 1. Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se sem ajuda
- ☐ 2. Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda
- ☐ 3. Não se levanta da cama

D5. Ser continente

- ☐ 1. Controla completamente os esfíncteres, anal e vesical, não tendo perdas
- ☐ 2. Tem incontinência ocasional
- ☐ 3. Incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de vigilância

D6. Alimentar-se

- ☐ 1. Come sem qualquer ajuda
- ☐ 2. Necessita de ajuda/s para cortar os alimentos ou para barrar
- ☐ 3. Necessita de ajuda para comer, ou ser alimentado parcial ou totalmente, por sonda ou por via endovenosa

E Avaliação Funcional - Atividades Instrumentais de vida diária (Lawton)

E1. Capacidade para usar o telefone

- ☐ 1. Utiliza o telefone por iniciativa própria; procura e marca números, etc.
- ☐ 2. Marca alguns números que conhece bem
- ☐ 3. Atende o telefone mas não marca números
- ☐ 4. Não usa o telefone

E2. Fazer compras

- ☐ 1. Faz as compras que necessita sozinho
- ☐ 2. Compra sozinho pequenas coisas
- ☐ 3. Necessita de ser acompanhado para qualquer compra
- ☐ 4. É incapaz de fazer compras

E3. Preparar refeições

- ☐ 1. Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho
- ☐ 2. Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários
- ☐ 3. Aquece, serve e prepara refeições mas não mantém uma dieta adequada
- ☐ 4. Necessita de refeições preparadas e servidas

E4. Cuidar da casa

- ☐ 1. Cuida da casa sem ou com ajuda ocasional (exemplo: “trabalho doméstico pesado”)
- ☐ 2. Realiza tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama
- ☐ 3. Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza
- ☐ 4. Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- ☐ 5. Não participa em nenhuma tarefa doméstica

E5. Lavar a roupa

- ☐ 1. Lava toda a sua roupa
- ☐ 2. Lava pequenas peças de roupa
- ☐ 3. É incapaz de lavar a sua roupa

E6. Modo de transporte

- ☐ 1. Desloca-se em transportes públicos ou viatura privada
- ☐ 2. Não usa transportes públicos, exceto taxi
- ☐ 3. Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado
- ☐ 4. Desloca-se utilizando taxi ou automóvel quando acompanhado por outro
- ☐ 5. Incapaz de se deslocar

E7. Responsabilidade pela própria medicação

- ☐ 1. Toma a medicação nas doses e horas corretas
- ☐ 2. Toma a medicação se preparada e separada por outros
- ☐ 3. É incapaz de tomar a medicação

E8. Habilidade para lidar com o dinheiro

- ☐ 1. Resolve problemas monetários sozinho, como: passar cheques, pagar a renda
- ☐ 2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efetuar compras maiores
- ☐ 3. É incapaz de lidar com o dinheiro

WHOQOL - BREF (duas últimas semanas)

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As Universidades Sêniores e a Qualidade de Vida

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

G Formulário para teste do relógio - Modelo Gerarni - CMI - HUB

Fazer um relógio, fazendo um circulo e colocando os números na posição correta, **sem olhar no seu relógio**. Logo colocar os ponteiros marcando 10 minutos para as 2 horas.

ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÉ DE ÉTICA



Comissão de Ética - Avaliação de Projectos

Comissão de Ética - Avaliação de Projectos

Nome: Pablo Tomás Carús

Unidade: Proto-Departamento de Desporto e Saúde

Email: ptc@uevora.pt

Título do Projeto:

Influência da Universidade Sénior na prevenção de quedas e promoção de um envelhecimento ativo para melhorar a qualidade de vida.

Nome dos investigadores:

Pablo Tomás Carús (Ph.D.)
Clarissa Biehl Printes (Ph.D.)
Armando Raimundo (Ph.D.)
Armando Filipe Costa (MSc)
Catarina Pereira (Ph.D.)
Valter Pinheiro (Ph.D.)
Diogo Teixeira (MSc)

Nível da Investigação:

Outros

Orientador/Investigador principal:

Pablo Tomás Carús (Ph.D.)

Colaboradores:

Clarissa Biehl Printes (Ph.D.)
Armando Raimundo (Ph.D.)
Armando Filipe Costa (MSc)
Catarina Pereira (Ph.D.)
Valter Pinheiro (Ph.D.)
Diogo Teixeira (MSc)

Resumo / Abstract:

O presente estudo pretende conhecer o impacto da Universidade Sénior na condição física funcional, ocorrência de quedas, qualidade de vida e realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária do idoso. Para alcançar estes objetivos, será realizado um estudo transversal e exploratório donde serão avaliados idosos frequentadores de Universidade Sénior vs. não frequentadores de Universidades Sénior. Serão incluídos no estudo idosos com idade igual o

maior de 65 anos, de ambos os sexos, sem problemas cognitivos e sem problemas locomotores (no entanto, poderão utilizar uma vara como ajuda no deslocamento). Serão excluídos aqueles idosos frequentadores de outra organização social formal para terceira idade, i.e.: clube desportivo, associação de solidariedade social, associação de moradores, etc; ou participação em entidades ou organizações com atividades orientadas para terceira idade, i.e.: centros de dia, colectividades recreativas, juntas de freguesia, ou serviços de câmara municipal.

Os resultados poderão demonstrar os contributos da Universidade Sénior através das suas atividades propostas e seus efeitos diretos na condição física funcional, prevenção de quedas, atividades básicas e instrumentais da vida diária, e qualidade de vida do idoso, além de criar sinergias diretas entre a ciência do conhecimento do desenvolvimento humano e a Universidade Sénior nas variadas dimensões valorizadas para a promoção de um envelhecimento ativo.

Fundamentação e pertinência do estudo:

Contextualização:

O presente projecto será desenvolvido pela Universidade de Évora em conjunto com o Instituto Superior de Ciências da Saúde – ISCE no contexto de investigação em ciências da saúde com abordagem científica em Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida em Portugal. Para cumprir com os objectivos deste projecto serão feitos os protocolos necessários com a Universidade Sénior do ISCE, Universidade Sénior de Odivelas e Universidade Sénior de Évora. Por tanto, o projecto reúne não só o pessoal científico especializado em investigação sobre práticas de intervenção no Envelhecimento, mas também dispõe da participação e colaboração das redes sociais definidas como Universidades Seniores necessárias para a concretização do projecto. Relativamente ao impacto social, este projecto pretende estender informações científicas ainda pouco demonstrada em Portugal no que respeita a influência das Universidades Seniores na qualidade de vida e satisfação com a vida do Idoso. Também interessa conhecer o impacto que as atividades orientadas nessas Universidades poderão ter na condição física bem como nas ocorrências de quedas e na promoção de um Envelhecimento Ativo e suas consequências na saúde, bem-estar e qualidade de vida. No âmbito científico, os resultados do presente projecto de investigação são de potencial interesse na investigação em Gerontologia/Envelhecimento Ativo pela sua possível valorização da atuação da Universidade Sénior em promoção e prevenção ao Envelhecimento Ativo. De facto, os futuros resultados de este projeto se pretendem publicar como artigos originais em revistas internacionais especializadas indexadas em “Journal Citation Reports” (JCR).

Fundamentação ci

O envelhecimento é um fenómeno social, fisiológico, progressivo e inerente a todo ser humano. Os especialistas em Gerontologia definem o envelhecimento como um processo que ocorre ao longo do tempo, analisam como os indivíduos crescem e envelhecem (aspectos biológicos, psicológicos e sociais da senescência), conceptualizam a idade enquanto padrão de comportamento social e analisam os problemas funcionais dos idosos em termos de incapacidades e dificuldades para levar ma vida independente (1). Face ao aumento da longevidade e ao envelhecimento populacional, Portugal vivência o desafio em comprometer-se com o paradigma do Envelhecimento Ativo adoptado no final da década de 90 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no contexto das consequências que a maior longevidade acarreta, e como grande objetivo mundial no que se refere à população idosa.

A OMS define o envelhecimento ativo como “o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, de forma a melhorar a qualidade de vida à medida que a pessoa envelhece” (2). Os dados dos censos portugueses mostram a tendência crescente do número de pessoas com mais de 65 anos (19,1% da população), que ultrapassa o de jovens (15%), acentuando a tendência já verificada nos censos de 2001 (3). Frente às evidências que o número de pessoas idosas está iminente e gradativo torna-se cada vez mais relevante estimular políticas e programas de envelhecimento ativo, garantindo a continuidade de uma vida produtiva, saudável e com qualidade.

Assim, o conceito de qualidade de vida pode ser identificado como um dos principais indicadores de avaliação da condição de vida dos idosos (4). Considerada como o nível ótimo de funcionamento físico, mental, social e de desempenho, incluindo as relações sociais, percepção da saúde, bom nível de condição física e satisfação com a vida e bem-estar (5). De facto, qualidade de vida é um conceito mais abrangente que envolve uma grande variedade de perspectivas multidisciplinares, principalmente sociológica, biomédica, psicológica, económica e ambiental (6). Nesse contexto interessa averiguar a contribuição que as redes de apoio sociais com organização de atividades para a terceira idade, denominadas como Universidade Sénior, trazem à saúde funcional, a vida independente, as relações sociais e ao bem-estar psicológico dessas pessoas. Em Portugal é conceituado que a Universidade da Terceira Idade (UTI) ou Universidade Senior é a resposta socioeducativa, que visa criar e dinamizar regularmente atividades sociais, culturais, educacionais, atividades físicas e de convívio, preferencialmente para e pelos maiores de 50 anos (7). Neste sentido, estudos prévios mostram que a adesão nestas organizações influencia no bem-estar físico e psicológico. Assim, foi encontrada uma associação entre a participação em uma universidade da terceira idade e uma menor intensidade de depressão (8). O interesse em práticas de atividade física e procura pelo bem-estar geral foi demonstrado como um indicador determinante dos frequentadores de US, assim como uma melhor percepção dos fatores relacionados aos domínios psicológico e meio ambiente, bem como a percepção global de qualidade de vida e de saúde em pessoas de meia idade e idosas (9,10). Até onde vai nosso conhecimento entende-se que existe uma discrepância entre o número elevado de Universidades Sénior em Portugal com registo de 200 em 2012, e a limitação em trabalhos publicados com teor científico dentro dessa abordagem (7).

Diversos estudos são unânimes em concluir sobre a influência de uma vida ativa que inclua uma variabilidade de atividades físicas e cognitivas para a promoção dos anos vividos com qualidade (11-14). Também estudos prévios realizados numa perspectiva de avaliar a condição física funcional, e a ocorrência de quedas nos idosos corroboram que a prática da atividade física melhora algumas capacidades como a força, condição aeróbica, equilíbrio, velocidade comportamental, e atenção, influenciando na prevenção de quedas (15-17). Neste sentido, no conjunto multidisciplinar oferecido pela US as atividades físicas, como caminhadas, danças, yoga, tai-chi e pilates encontram-se normalmente disponibilizados aos idosos frequentadores. Assim, entendendo que a US é uma organização preparada com uma gama de oportunidades multidisciplinares com formação contínua e regular devemos explorar o conhecimento científico nesses locais de modo a valorizá-los e promovê-los a favor de um envelhecimento sustentável, saudável e ativo. O presente estudo pretende averiguar os contributos da US através das suas atividades propostas e seus efeitos diretos na condição física funcional, prevenção de quedas, atividades básicas e instrumentais da vida diária, e qualidade de vida do idoso, além de criar sinergias diretas entre a ciência do conhecimento do desenvolvimento humano e a US nas variadas dimensões valorizadas para a promoção de um envelhecimento ativo.

Objectivos:

- Conhecer o impacto da Universidade Sénior na qualidade de vida e satisfação com a vida do idoso.
- Averiguar em que medida a participação em atividades propostas na Universidade Sénior poderá influenciar com a condição física funcional do idoso.
- Averiguar em que medida a participação em atividades propostas na Universidade Sénior poderá influenciar na ocorrência de quedas do idoso.
- Averiguar em que medida a participação em atividades propostas na Universidade Sénior poderá influenciar nas atividades básicas e instrumentais da vida diária do idoso.
- Correlacionar a condição física funcional e atividade física do idoso com a ocorrência de quedas.

Seleção da Amostra:

Para a seleção da amostra de este estudo transversal e exploratório, serão considerados os termos do Código de Nuremberg no que respeita o consentimento voluntário do ser humano submetidos ao experimento e legalmente capaz de dar consentimento. Mediante uma convocação com recurso a cartazes e por comunicação verbal será pedida a participação voluntária de todos os idosos pertencentes às Universidades Sénior (US) de Évora e de ISCE-Odivelas.

Os critérios de seleção serão: mulheres e homens com > 65 anos frequentadores das US de Évora e de ISCE-Odivelas (grupo frequentador ou GF) e não frequentadores da US (grupo não frequentador ou GNF), sem problemas cognitivos e sem problemas locomotores (no entanto, poderão utilizar uma vara como ajuda no deslocamento). Serão excluídos aqueles idosos frequentadores de outra organização social formal para terceira idade, i.e.: clube desportivo, associação de solidariedade social, associação de moradores, etc; ou participação em entidades ou organizações com atividades orientadas para terceira idade, i.e.: centros de dia, colectividades recreativas, juntas de freguesia, ou serviços de câmara municipal. O grupo GNF será formado por idosos amigos e familiares dos frequentadores da Universidade Sénior (para o dia da avaliação será solicitado a cada idoso do GF que venha acompanhado de outro idoso que não frequente a Universidade Sénior). Os idosos serão informados dos procedimentos do estudo, sendo-lhes solicitado que assinem uma declaração em como consentem voluntariamente em participar na investigação.

Procedimentos metodológicos:

Procedimentos e instrumentos de avaliação:

Previamente à recolha dos dados se solicitará autorização e colaboração das Universidades Seniores do ISCE-Odivelas e Évora. Os voluntários, tanto do GF como do GNF serão submetidos a uma única entrevista realizada pelos investigadores no modo individual e duas provas de condição física funcional.

Assim, serão avaliados:

- Dados sociodemográficos: Questionário geral
- Condição física funcional: testes de força dos membros inferiores e equilíbrio dinâmico/agilidade da bateria de Fullerton (18).
- Ocorrência de quedas e consequência das mesmas: Questionário de ocorrência de quedas (19).
- Atividade e inatividade física: Questionário Internacional de Avaliação de Atividade Física (IPAQ) (20).
- Qualidade de vida: versão portuguesa do questionário World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL – BREF) (21).
- Avaliação das atividades básicas da vida diária: versão portuguesa de índice de Katz (22).
- Avaliação das atividades instrumentais de vida diária: versão portuguesa de Lawton e Brody instrumental activities of daily living (IADL) (23).
- Rastreo Cognitivo: Teste do desenho do relógio (24).

Análise estatístico:

Após explorar os dados obtidos aplicam-se as provas estatísticas pertinentes paramétricas ou as suas alternativas não paramétricas. Após a análise exploratoria e descritiva dos dados serão analisadas as possíveis diferenças entre os grupos (GF vs. GNF) mediante provas não emparelhadas. Igualmente serão aplicados modelos de análise regressão múltipla para analisar a predição de umas variáveis sobre outras.

Planificação:

Recolha de dados: Outubro e Novembro de 2013

Análise e tratamento dos dados: Novembro e Dezembro 2013

Publicação de artigos científicos: Desde Janeiro 2014

Instrumentos de avaliação:

Questionário geral

Testes de força dos membros inferiores e equilíbrio dinâmico/agilidade da bateria de Fullerton (18).

Questionário de ocorrência de quedas (19).

Questionário Internacional de Avaliação de Atividade Física (IPAQ) (20).

Versão portuguesa do questionário World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL – BREF) (21).

Versão portuguesa de índice de Katz (22).

Versão portuguesa de Lawton e Brody instrumental activities of daily living (IADL) (23).

Teste do desenho do relógio (24).

Como serão recolhidos os dados:

O preenchimento dos questionários serão devidamente monitorizados pelos investigadores e será realizado num ambiente tranquilo, mas sempre depois de uma breve explicação. Igualmente as provas de condição física funcional serão realizadas em instalações apropriadas e será realizada sempre uma demonstração antes do idoso realizar o teste.

Como será mantida a confidencialidade nos registos:

Será enfatizado o carácter voluntário da participação e a garantia de que toda informação será confidencial. Será dado a todos os participantes um informe de consentimento informativo da investigação para ser assinado. Os registos serão de acesso restrito aos investigadores e a identificação dos participantes protegida por codificação numérica, para que os dados possam ser publicados após analisados, para estudos e publicações científicas.

Estudos prévios em que se baseia esta investigação:

- 1.- Fernández-Ballesteros R. Gerontologia Social. Una introducción. In: Fernandes-Ballesteros R (Edts.). Gerontología Social. Madrid: Ediciones Psicología Pirâmide; 2000. pp. 31-54
- 2.- World Health Organization. Active ageing: A policy framework. Geneva; 2002.
- 3.- Carrilho MJ, Patricio L. The demographic Changes in Portugal. Lisboa: National Institute of Statistics; 2010.
- 4.- Fonseca AM. O envelhecimento bem sucedido. In Paúl C & Fonseca A (Edts.). Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi Editores; 2005: 281-311.
- 5.- Bowling, A. Measuring disease: A review of disease-specific quality of life measurement scales. (2nd ed) Buckingham: Open University Press, 2001.
- 6.- Walker A. A European perspective on quality of life in old age. European Journal of Ageing, 2005;(2): 2-12.
- 7.- Jacob L, Jesus A, Sampaio J. Universidade Sêniores: criar novos projetos de vida. Lisboa: Ed. Rutis, 2012.
- 8.- Irigaray TQ, Schneider RH. Prevalence of depression in elderly women attending the University of Third Age. Rev Psiquiatr RS. 2007; 29(1):19-27
- 9.- Fenalti RC, Shwartz GM. Universidade Aberta à Terceira Idade e a perspectiva de resignificação do Lazer. Rev. paul. Educ. Fís. 2000; 17(2):131-41
- 10.- Castro PC, Tahara N, Rebelatto JR, Driusso P, Aveiro MC, Oishi J. Influência da universidade aberta da terceira Idade (UATI) e do programa de revitalização (Revt) sobre a qualidade de vida de adultos de meia-idade e idosos. Rev. bras. Fisioter. 2007;11(6): 461-7.
- 11.- Colombe S & Kramer AF. Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study. Psychol Sci. 2003;14:125-30.
- 12.- Chou CH, Hwang CL, Wu YT. Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2012; 93(2):237-44.
- 13.- Gligoroska JP, Manchevska S. The Effect of Physical Activity on Cognition – Physiological Mechanisms. Mat Soc Med. 2012; 24(3):198-202.
- 14.- Hernandez NA, Probst VS, Silva RA, Januário RSB, Pitta F, Teixeira DC. Physical activity in daily life in physically independent elderly participating in community-based exercise program. Braz J Phys Ther. 2013;17(1):57-63.
- 15.- Tschopp M, Sattelmayer MK, Hilfiker R. Is power training or conventional resistance training better for function in elderly persons? A meta-analysis. Age Ageing. 2011; 40(5):549-56.
- 16.- Angevaren M, Aufdemkampe G, Verhaar HJ, Aleman A, Vanhees L. Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev. 2008; 16(2):CD005381.
- 17.- Robertson MC, Gillespie LD. Fall prevention in community-dwelling older adults. JAMA. 2013;309(13):1406-7.

- 18.- Rikli R, Jones J. Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*. 1999;7:129-161.
- 19.- Moniz-Pereira V, Carnide F, Machado M, André H, Veloso AP. Falls in Portuguese older people: procedures and preliminary results of the study Biomechanics of Locomotion in the Elderly. *Acta Reumatol Port*. 2012;37:324-32.
- 20.- Craig CL, Marshall AL, Sjoström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35(8):1381-95.
- 21.- Fleck PA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública*. 2000;34 (2): 178-83.
- 22.- Sequeira C. Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto Editora; 2007.
- 23.- Araújo F, Pais Ribeiro J, Oliveira A, Pinto C & Martins T. Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: Leal I, Pais-Ribeiro J, Silva I & Marques S. (Edts.). *Actas do 7o congresso nacional de psicologia da saúde*. Lisboa: ISPA; 2008. pp. 217-20.
- 24.- Freitas S & Simões MR. Teste do desenho do relógio: utilidade e validade como instrumento de rastreio cognitivo. *Psicologia, Educação e Cultura*. 2010;14(2):319-37.

Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente documento insere-se num projeto de investigação realizado pela Universidade de Évora em colaboração com Instituto Superior de Ciências da Saúde – ISCE, e tem como intuito informar e solicitar a sua colaboração para a referido projeto. Este projeto será controlado por uma equipa de investigadores liderada pelo Prof.o Doutor Pablo Tomás Carús (Ph.D.) e constituído pela equipa de investigadores: a Prof.a Doutora Clarissa Biehl Printes (Ph.D.), o Prof.o Doutor Valter Pinheiro (Ph.D.), o Prof. Doutor Armando Raimundo (Ph.D.), a Profa. Doutora Catarina Pereira (Ph.D.), o Prof. Diogo Teixeira (MSc), e o Prof. Armando Filipe Costa.

O objectivo principal deste estudo é: conhecer o impacto da Universidade Sénior sobre qualidade de vida, atividade e condição física funcional e ocorrência de quedas dos idosos. Serão avaliadas: i) condição física funcional (testes de força dos membros inferiores e equilíbrio dinâmico/agilidade da bateria de Fullerton), ii) ocorrência de quedas e consequência das mesmas (questionário de ocorrência de quedas), iii) atividade e inatividade física (questionário Internacional de Avaliação de Atividade Física – IPAQ), iv) qualidade de vida (versão portuguesa do questionário WHOQOL – BREF), v) avaliação das atividades básicas e instrumentais da vida diária (índice de Katz e de Lawton), e vi) rastreio cognitivo (teste do desenho do relógio).

Os critérios de inclusão são: mulheres e homens com idades iguais ou superior a 65 anos. Os critérios de exclusão são: idosos frequentadores de outra organização social formal para terceira idade, i.e.: clube desportivo, associação de solidariedade social, associação de moradores, etc; ou participação em entidades ou organizações com atividades orientadas para terceira idade, i.e.: centros de dia, universidades seniores, colectividades recreativas, juntas de freguesia, serviços de câmara municipal, igrejas/centros paroquiais ou outros locais de culto.

Todos dados serão tratados de forma confidencial e usados para fins académicos/científicos.

_____, com BI no _____

DECLARO que li e compreendi as características do projeto exposto, podendo esclarecer todas as dúvidas existentes, reconhecendo que em toda atividade física pode existir algum risco, embora exista uma explicação e demonstração prévia de como realizar as provas de condição física funcional por parte dos responsáveis pelo projeto.

ACEITO LIVREMENTE COLABORAR NO ESTUDO SUPRACITADO

Lisboa, _____ de _____ de 20____

Assinatura _____

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos.

8. APÊNDICE

APÊNDICE A – SUBMISSÃO DO ARTIGO

**ESTE ARTIGO ENCONTRA-SE SUBMETIDO E APROVADO PARA PUBLICAÇÃO
NA REVISTA JOURNAL OF AGING & INOVATION**

**UM ESTUDO COMPARATIVO DA PERCEÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA ENTRE IDOSOS
FREQUENTADORES E NÃO-FREQUENTADORES DE UNIVERSIDADE SÊNIOR**

Um estudo comparativo da percepção de qualidade de vida entre idosos frequentadores e não-frequentadores de Universidade Sénior

A comparative study of the perception of quality of life among elderly students and non-students of Universities of third age

Estudio comparativo de la percepción de calidad de vida entre los ansianos frequentadores y no-frequentadores de Universidad de la tercera edad

Authors

Clarissa Biehl-Printes¹, Diogo Santos Teixeira¹, Armando Costa¹, Valter Pinheiro¹, Paulo Malico Sousa¹, Joana Cruz², Pablo Tomas-Carus³

¹ Departamento de Ciências do Desporto. Instituto Superior de Ciências Educativas – ISCE. Lisboa.

² Departamento Social e Cultural. Instituto Superior de Ciências Educativas – ISCE. Lisboa.

³ Departamento de Ciências do Desporto e Saúde, Universidade de Évora, Portugal.

Corresponding Author: Clarissa Biehl Printes, cbprintes.isce@gmail.com

Abstract

Objectives: To analyze, between elderly students and non-students, the contributions of Universities of third age (U3A) through their proposed activities and effects in physical functional conditioning and quality of life. **Methods:** The sample consists of 50 seniors, 25 students (FG) and 25 non-students (NFG) in Senior University of Odivelas (SUO). Data collection was obtained through questionnaires, one about Sociodemographic characteristics and U3A attendance (General questionnaire), another about quality of life (WHOQOL-BREF Portuguese version) and it was also applied the *Fullerton Tests* battery. **Results:** The results show statistically significant differences in attendance between women (76%) and men (24%). There is a predominance of married (68%) people that attend the institution. The educational level indicates that the elderly in the FG present more years of education (28%) and more people with higher education (24%). The main reason why the NSG didn't attend SUO was lack of time (44%). As for physical and functional fitness, the results for lower member strength presented differences between FG ($19,6 \pm 5,1$) and NFG ($16,6 \pm 2,9$), $p=0.022$. As for dynamic equilibrium no differences were observed ($p=0.977$). In WHOQOL-BREF differences were observed between groups in the physical domain ($p=0.026$), with the FG presenting higher scores than the NFG. For all the other domains, no differences were observed (all $p>.05$). **Conclusions:** Study shows us a prevalence of attendance of women to U3A and that the enrolled elderly have more previous years of schooling. Differences in physical domain between FG vs. NFG were found. However, in all domains they present a good classification in quality of life. For future studies, it is proposed that the sample should encompass groups with higher age range that may produce results with new interpretations. Literature seems to present strong deficiency in scientific exploration in this context.

Keywords: active aging; university of third age, quality of life.

Resumo

Objetivos: Analisar, entre os idosos estudantes e não-estudantes, as contribuições que a Universidade Sénior (US) promove através das suas atividades, e seus efeitos na condição física e qualidade de vida dos idosos.

Métodos: a amostra foi constituída por 50 idosos, 25 estudantes (GF) e 25 não-estudantes (GNF) da Universidade Sénior de Odivelas (USO). A coleta de dados foi realizada através de questionários, um sobre características sociodemográficas e adesão a USO (questionário geral), outro sobre a qualidade de vida (WHOQOL-BREF, versão portuguesa), tendo sido aplicada a

bateria de testes Fullerton. **Resultados:** os resultados mostraram diferenças estatísticas significativas de adesão na USO das mulheres (76%) em relação aos homens (24%). O GF apresenta mais anos de escolaridade (28%) e um maior nível de escolaridade (24%). A principal razão porque o GNF não adere a USO está associada à falta de tempo (44%). Quanto à aptidão física funcional os resultados da força dos membros inferiores apresentaram diferenças significativas a favor do GF ($19,6 \pm 5,1$) e GNF ($16,6 \pm 2,9$), $p=0.022$. Quanto ao equilíbrio dinâmico não foram observadas diferenças ($p=0.977$). No WHOQOL-BREF foram observadas diferenças entre os grupos no domínio físico ($p=0.026$), em que o GF apresentou valores mais elevados que o GNF. Para todos os outros domínios não foram encontradas diferenças (todos $p>.05$)

Conclusões: O estudo mostra-nos uma prevalência das mulheres na adesão à USO, e que os idosos estudantes têm mais anos e nível de escolaridade. Existe diferença no domínio físico entre GF e GNF. No entanto, todos os domínios apresentam uma qualidade de vida com classificação Boa. Para estudos futuros, propõe-se que a amostra deverá abranger grupos com uma faixa etária mais elevada, de modo a possibilitar outro tipo de resultados sujeitos a novas interpretações. A literatura mostra uma forte deficiência na exploração científica neste contexto de estudo.

Palavras-chaves: envelhecimento ativo, universidade sénior, qualidade de vida.

Introduction

World population age has arisen in the last decades. Despite this, several conquests were made in modern societies as a mean to adjust to this new social paradigm. It is possible to observe that these populations are experiencing the challenge of an active aging. It is commonly accepted that a person with 65 or more years old is considered an elderly individual (3rd age), but new definitions arise in order to adjust to the prolonged life expectancy and to better distinguish among the vast amplitude previously existing. For this matter, a new stratification now seems to be consensual, ranging between 80-85 or more years (i.e. 4th age) (Formosa, 2012; Stathi & Simey, 2007).

In Europe changes in this age group has been a matter of concern and interest for more than 40 years, in which France stood as one of the countries to boost successful aging through higher education institutions (Cachioni, 2012; Lemieux, Boutin, Snachez & Riendeau, 2003). In the 70's Portugal, alongside France, implemented the concept and practice of free time associations denominated Universities of 3rd Age (U3A) or Senior Universities (SU), but adopted an English structured model based in non-profit associations or self-organized groups, with non-formal education, differing from the French model associated with formal Universities (Jacob, Jesus & Sampaio, 2012; Lemieux et al., 2003; Pinto, 2003).

Gradually, the chronologic concept adopted by U3A and SU in the 60' and 70' decades that referred this association as a socio-educative response to individuals starting 50 years of age, has been weakened by the senescence age attributed in the 80' decade by OMS of 60 and 65 years (Jacob et al., 2012; OMS, 1980; ONU, 1982). However, that socio-educative response, targeting the creation and dynamization of regular social, cultural, educational, physical and socializing activities reflect a perfect integration of the previously framework if the active aging concept previously proposed by OMS (1990), that envisions as a major objective to create opportunities to optimize conditions to health, participation and security, that may allow the quality of life as people become older (Jacob et al., 2012; WHO, 2002).

Data from Portuguese senses tends to show a crescent trend in the number of people with more than 65 years (19.1% of the population), surpassing that of young (15%), accentuating the verified trend in 2001 senses

(Carrilho & Patrício, 2010). Due to the evidence that elderly people are increasing, it becomes even more relevant to stimulate programs and politics of healthy aging, assuring the continuities of a productive, healthy and quality life. Therefore, the concept of quality of life in the advanced age is considered as one of main indicators to evaluate the condition of life of the elderly, involving different dimensions that encompass the optimum level of physical, mental, social, performance functioning, and satisfaction with life and their well-being (Fleck et al., 2000; Fonseca, 2005). Corroborating the perspective of a comprehensive concept of quality of life that involve a wide array of multidisciplinary perspectives (e.g. sociologic, biomedical, psychological, economical and environmental) (Walker, 2005), matters to assess the contribution that the social support networks that allow organization of 3rd age activities (i.e. U3A/SU) brings to functional health, independent life, social relations and to psychological well-being of these people. As an example, previous studies show that adherence to these organizations influence physical and psychological well being. In this sense, a negative association between the participation in U3A and depression was found (Irigaray & Schneider, 2007). The interest in physical activities practices and the pursuance of well-being was demonstrated as a determinant indicator of the U3A students, as for a better perception of the factors related to the environmental and psychological domains and global perception of quality of life and health in middle age and elderly people (Castro et al., 2007; Fenalti & Swartz, 2000).

To the extent of our knowledge, it seems to exist a discrepancy between the high number of U3A/SU in Portugal (over 200 registered in 2012) and scientific work published within this approach (5). Several studies are unanimous to assume the influence of an active life style with some variability of physical and cognitive activities to the promotion of the quality of the lived years (Colombe & Krower, 2003; Chou, Hwang & Wu, 2012). In these sense, the multidisciplinary set offered by U3A in physical activities, such as physical education, walking, dancing, yoga and senior bocce are normally available to elderly students.

Thus, assuming U3A as a prepared organization with a wide array of multidisciplinary opportunities with continuous and regular formation, we ought

to explore these contexts and develop scientific knowledge to ensure the promotion and valorization required to continue a healthy and active aging.

Therefore, in this study we propose to analyze, between students and non-students, the contributions of U3A through their proposed activities and effects in physical functional conditioning and elderly quality of life.

Material and Methods

Sample selection

For this exploratory cross-sectional study sample selection we assumed the Declaration of Helsinki as a statement of ethical principles for research involving humans. Posters and verbal communication were used to call for voluntary participants in Senior University of Odivelas (SUO), integrated in Superior Institute of Educational Sciences (ISCE). Selection criteria were: men and women > 65 years, students (FG) and non-students (NFG) of SUO, without cognitive and locomotor problems (we allowed the participation of elderlies that used a canadian cane). Exclusion criteria: elderly that already attending another U3A or other social organization for 3rd age (i.e. sports club, social solidarity association, inhabitant association) or those that participate in entities or organizations directed to this population (i.e. day centers, recreational collectivities, municipal services). The NSG was formed by elderly friends and family of the SG (we asked students of U3A to bring to the evaluation day a friend or family member). The participants were informed of study procedures and given the informed consent to voluntary participate in the research. Through this procedure, 50 seniors participated in the study.

Procedures and instruments

Participants in both groups were submitted to a single and individual interview and 2 functional physical tests, made in a pre-prepared set, followed by instruction and demonstration.

Cognitive screening

Watch design test (Freitas & Simões, 2010)

Protocol

Instruction: Participant is asked to make a clock, making a circle and putting the numbers in the correct position, without looking in to his watch. When finished, it is asked to put the indicators marking 10 minutes to 2 o'clock.

Tempo: No pre-defined time.

Evaluation: Visual perception, construction praxis, right hemisphere dysfunction and left hemisphere negligence. Small watch indicates lack of planning and inadequate positioned numbers point to executive deficit.

General questionnaire

Sociodemographic characteristic and U3A adherence

Life quality

Quality of life: Portuguese version of World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL-BREF) (Fleck et al., 2000)

Administration procedure: assisted by the interviewer.

WHOQOL-BREF: This instrument has 26 questions divided in four domains of quality of life: Physical capacity, psychological well-being, social relations and the environment where the individual is inserted. Besides these four domains, WHOQOL-BREF it is also composed by a domain that assesses global quality of life. Each domain is composed by questions where higher scores (between 1 and 5) represent better quality of life. Some characteristics, designed as facets are not formulated in a positive sense. In these cases higher scores do not mean better quality of life. Scoring is calculated by a syntax that considers answers in each question composing the domain, resulting in final scores in a scale of 4 to 20, comparable to dose of WHOQOL-100, which can be transformed in a 0 to 100 scale.

Functional physical fitness (Rikli & Jones, 1999)

Fullerton Tests: Test used to evaluate functional aptitude, objectively measuring performance capabilities in quotidian activities. Evaluation of locomotor capacity.

Lower limb Strength and dynamic equilibrium test:

a) 30-Second Chair Stand:

Purpose: To assess lower body strength, needed for numerous tasks such as climbing stairs, walking and getting out of a chair, tub or car. Also reduces the chance of falling.

Description: Number of full stands that can be completed in 30 seconds with arms folded across chest.

Risk zone: Less than 8 unassisted stands for men and women.

b) 8-Foot Up-and-Go:

Purpose: To assess agility/dynamic balance, which is important in tasks that require quick manoeuvring, such as getting off a bus in time or getting up to attend to something in the kitchen, to go to the bathroom or to answer the phone.

Description: Number of seconds required to get up from a seated position, walk 8 feet (2.44 m), turn, and return to seated position.

Risk zone: More than 9 seconds.

Statistical analysis

Normality of data was initially tested using the Kolmogorov-Smirnov test. Differences between groups were tested using Kruskal-Wallis test for continuous variables, and Chi-square test for categorical variables. Physical activity variables were included in an univariate regression model predicting fall and quality of life. The assumptions of linear regression analysis (e.g. linearity, normal distribution and scattering of residuals and multicollinearity) were tested and they were found to be reasonably valid. For all tests the significance level was set at $p < 0.05$. These analyses were performed in SPSS 22.0 software.

Results

Sociodemographic characteristics

Table 1.

Additionally, we have analyzed the characteristics of adherence to the U3A by the senior students. We observed that our sample attends U3A for $3,88 \pm 1,76$ years with a frequency of $3,48 \pm 1,12$ times per week; the three more motivational factors were 1) own will – 18 (72%), 2) refer of a friend – 4 (16%) and 3) refer of family – 2 (8%); the intent of leaving SU 1) Yes - 1 (4%) and No - 24 (96%); number of disciplines attended was $4,44 \pm 1,63$; the five more attended disciplines were 1) Music – 13 (52%), 2) English – 12 (48%), 3) Painting – 11 (44%), 4) Informatics – 10 (40%) and 5) Spanish – 8 (32%). We also asked the NFG the reasons why they didn't attend SU, being that the three main reasons were 1) lack of time – 11 (44%), 2) does not consider an adequate ambient for themselves – 8 (32%), 3) financial limitations – 3 (12%) and 4) locomotor difficulties – 1 (4%).

Quality of life

Table 2.

As for physical and functional fitness for older adults measured by Rikli and Jones (1999) protocol, the results for lower member strength (n^0 cycles stand up/seat down in 30 s) presented differences between FG ($19,6 \pm 5,1$) and NFG ($16,6 \pm 2,9$), $p=0,022$. As for dynamic equilibrium (8-Ft Up-&-Go) no differences were observed (FG: $5,15 \pm 0,73$ and NFG: $5,40 \pm 1,1$), $p=0,977$.

Discussion

The aim of this study was to analyze the contribution of the U3A in the functional physical condition and quality of life of the elderly, having as finality the promotion of healthy aging. The data presented in the sociodemographic analysis supports previous findings. The age, sex and level of education distribution in our FG sample is in accordance with studies done in other countries that have functioning SU's and have demographic similarities with Portugal (Alfageme, 2007; Formosa, 2012; Mindwinter, 1996). As we can see in Table 1, the mean age is clearly within the 3rd age group for elderly men and women, women are the highest percentage of members in SU and students have higher levels of education. This is an expected trend repeatedly presented in previous studies. This generally represents the retirement age of this

population, the absence of similar services in this age group, higher life expectancies for women, and a set of secondary and post-secondary education experiences that may have influenced the motivations and pleasure associated with learning in the past, contrasting with the heavy class baggage associated with the name “university” for the owners of lower education levels (Formosa, 2012).

The U3A provides a space that has multidimensional and multidisciplinary interactions with the students. The range of disciplines provided promotes an interaction that allows the training and development of physical, social, cultural and psychological domains. The combination of disciplines attended by the students will ultimately define the benefits obtained (Pinto, 2003). As seen in results, U3A student tend to enrolled in the institution by self-initiative, of the thirty disciplines they attend in average 4, were the most frequented are music, painting, informatics, English and Spanish, all promoters of sedentary or light physical activity during class time. However, these activities are promoters of a high cognitive and motor-cognitive function, marked today as important to this population. Several studies have indicated that cognitive training have advantages to retard the cognitive decline in the process of healthy aging, were new technologies like computers and video games present themselves as alternatives of intervention to be expanded (Kueide, Parisi, Gross, & Rebok, 2012). Additionally, it is suggested that cognitive domain practices may bring gains in the cognitive performance of healthy elderlies that may manifest 5 years after training (Willis et al., 2006). Moreover, previous studies support the efficacy of the practice of motor coordination activities, trough gross and fine motor abilities activation, that act positively in executive functions that may seem to be independent of gains obtain by cardiovascular and strength training (Voelcker-Rehage, Godde & Staudinger, 2011; Yan & Zhou, 2009). Physical activities are presented in several disciplines and by different modalities, were students presented their preference in boccia senior (20%), dance (20%) and physical activities (12%), which in general shows an adherence as significant as music, languages, painting and informatics. However, bearing in mind the several possible ways to promote a healthy and active aging, it is suggested and supported the pertinence of each filed of intervention, either by cognitive abilities, motor-cognitive associated with

physical exercise, physical activities, social relation, nutrition etc., all contributing to retard the cognitive decline associated to the loss of functional independence, autonomy and quality of life (Williams & Kemper, 2010).

The analysis of the WHOQOL-Brief (table 2) shows that there are differences in the Physical domain between FG and NFG ($M=77.7$, $DP=12.2$ Vs. $M=71.3$, $DP=12.1$, $p=0.026$). This domain explores pain and discomfort, energy and fatigue and stress and rest facets (Fleck et al., 2000). From the data collected it is not possible to clearly identify the reasons behind this result. One factor that may be influencing the higher results presented in Physical domain by the FG is the inferior members strength score as described in the results. It is possible to observe that there are differences between groups in this parameter (FG $M=19,6 \pm 5,1$ Vs. NFG $M=16,6 \pm 2,9$; $p=0.022$) and that the Mean score for the FG is above average for their age (Rikli & Jones, 1999)). However, all domains present quality of life with a classification of GOOD ($\approx 75\%$ in scale 0-100). It is our opinion that age group studied (66,6 and 67,2 years) presents physical, functional and mental conditions adequate to an independent and active life that may have a low interference in quality of life. This, associated with the concept that aging is a dynamic and progressive process that involve physical, functional, biochemical, psychological and social changes that, when associated with an active healthy life style, results in a bigger longevity, described in previous studies (Castro et al., 2007; Chodzko-Zajko & Schwingel, 2009; Ferreira, Maciel, Costa, Silva & Moreira, 2012). Other differences were expected in quality of life analysis in this population. Several studies pointed out the importance of SU in promoting health benefits for their members (Formosa, 2012; Ordonez, Lima-Silva & Cachioni, 2011; Sonati, Modeneze, Vilarta, Maciel & Boccalett, 2011), and that there is a positive relationship between psychological wellbeing and participating in U3A with extension to other areas of life (Maniecka-Bryłaemail, Gajewska, Burzyńska, & Bryła, 2013). Additionally, FG shows a sustained connection to U3A with the duration of 4 years, assuming a frequency of 3 times per week, reflecting the capability for retaining for a long period elderlies in activities. Continuous adherence of elderly in health promoting activities is the question of interest in this research, considered as problematic for the shift in the healthy life style

(Caetano & Raposo, 2005). For this matter, it seems interesting to point out that U3A is a promoter of this change.

This study presents some limitations that need to be acknowledged. First, the age in the group studied may have influenced the results, regarding that they already enjoy good functional, mental and physical health, associated with quality of life. Besides that, NFG considers that they do not attend U3A mainly because of lack of time (44%), maintaining themselves active and involved in other activities, being, this way, equally active to FG, condition that influence directly in the evaluation of quality of life. Another possible analysis to be considered on sociodemographic variables is labor situation (i.e. working; retired). The association with work and health is well documented, where labor activities are seen as having a positive role in preservation some health variables, whereas unemployment is associated with higher rates of mortality, psychiatric symptoms and worst health conditions (Arber, 1987; Janlert, 1997). Few studies had addressed this theme with elderlies. Findings described on the relation of the capacity of sustaining a healthy living associated with non-formal work, sociodemographic characteristics, higher levels of schooling, health condition, autonomy and independence (Giatti, & Barreto, 2003; Marmot & Shipley, 1986). However, and in U3A context, we consider this study as pioneer in elderly and quality of life characterization.

Conclusion

Study shows us a prevalence of adherence of women to U3A and that elderly enrolled have more previous years of schooling. Additionally, students engage in activities with a weekly frequency on average of 3 times and there is no report of intention to leave the U3A after enrolling. Non-enrolled elders consider the lack of time the main cause preventing them to start in U3A. Differences in physical domain between FG Vs. NFG were found. However, in all domains they present a good classification in quality of life. We propose the development of studies with higher age groups, mainly because they may possess different characteristics and present results worthy of new interpretations. Literature seems to present strong deficiency in scientific exploration in this context.

Acknowledgements

We would like to thank Direction of Senior University of Odivelas for allow us to develop this study, and to the elderly that collaborate voluntary in this study.

References

1. Formosa, M. (2012). Four decades of Universities of the Third Age: past, present, future. *Ageing and Society*, 34(1), 42-66.
2. Stathi, A & Simey, P. (2007). Quality of life in the Fourth Age: exercise experiences of nursing home residents. *Journal of Aging and Physical Activity*, 15 (3), 272-286.
3. Lemieux, A. Boutin, G. Sanchez, M. & Riendeau, J. (2003). The faculties of education in the traditional universities and the third age universities: A model of partnership. Versão policopiada. 9: 2.
4. Cachioni, M. (2012). Universidade da Terceira Idade: história e pesquisa. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15 (7), 01-08.
5. Jacob, L. Jesus, A. & Sampaio, J. (2012). *Universidade Séniores: criar novos projetos de vida*. Lisboa: Ed. Rutis.
6. Pinto, M. (2003). As Universidades da Terceira Idade em Portugal: das origens aos novos desafios no futuro. *Revista da Faculdade de Letras – Línguas e Literaturas*, 20(2), 467-478.
7. Organización Mundial de la Salud (1980). Informe de la conferencia preparatoria de la OMS para a asamblea mundial de lãs naciones unidas sobre el envejecimiento. Edição? México.
8. Organização das Nações Unidas (1982). Assembleia mundial sobre el envejcimiento. Edição? Viena
9. World Health Organization (2002). Active ageing: A policy framework. Geneva.
10. Carrilho, M. J. & Patrício, L. (2010). The demographic Changes in Portugal. Lisboa: National Institute of Statistics.
11. Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem sucedido. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.). *Envelhecer em Portugal*.(pp. 281-311).Lisboa: Climepsi Editores:

12. Fleck, P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública*; 34 (2), 178-83.
13. Walker, A. A. (2005). European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, (2), 2-12.
14. Irigaray, T. Q. & Schneider, R. H. (2007). Prevalence of depression in elderly women attending the University of Third Age. *Rev. Psiquiatria Rio Sul*. 29(1),19-27
15. Fenalti, R. C. & Shwartz, G. M. (2000). Universidade Aberta à Terceira Idade e a perspectiva de ressignificação do Lazer. *Rev. Paul. Educ. Fís*; 17(2),131-41
16. Castro, P. C., Tahara, N., Rebelatto, J. R., Driusso, P., Aveiro, M. C. & Oishi, J. (2007). Influência da universidade aberta da terceira Idade (UATI) e do programa de revitalização (Revt) sobre a qualidade de vida de adultos de meia-idade e idosos. *Revista brasileira de Fisioterapia*, 11(6), 461-7.
17. Colombe, S. & Kramer, A. F. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study. *Psychol Sci.*, 14, 125-30.
18. Chou, C. H., Hwang, C.L., & Wu, Y. T. (2012). Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis *Arch Phys. Med. Rehabil.*, 93(2), 237-44.;
19. Freitas, S. & Simões, M, R. (2010). Teste do desenho do relógio: utilidade e validade como instrumento de rastreio cognitivo. *Psicologia, Educação e Cultura*, 14(2), 319-37.
20. Rikli, R. & Jones, J. (1999) Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 7,129-161.
21. Alfageme, A. (2007). The clients and functions of Spanish university programmes for older people: a sociological analysis. *Ageing & Society*, 27(03), 343-361.
22. Mindwinter, E. (1996). *Thriving people: The growth and prospects of the U3A in UK*. London: Third Age Trust.
23. Pinto, M. G. L. C. (2003). The current Status and Future Prospects of University Programmes for Seniors in Southrn and Mediterranean Europe:

- The case of Portugal. *Revista da Faculdade de Letras "Línguas e Literaturas"*, 20 (1), 77-90.
24. Kueider, A. M., Parisi, J.M., Gross, A. L. & Rebok, G. W. (2012). Computerized Cognitive Training with Older Adults: A Systematic Review. *PLoS ONE*, 7(7), ???
25. Willis, S. L, SL Tennstedt, Marsiske, M., Bola, K., Elias, J., et al. Efeitos a longo prazo de formação cognitiva sobre os resultados funcionais diários em idosos. *JAMA*, 296 (23), 2805-2814.
26. Yan, J. H. & Zhou, C, L. (2009). Effects of motor practice on cognitive disorders in older adults. *Eur Rev Aging Phys Act*, 6(2), 67–74.
27. Voelcker-Rehage. C., Godde, B. & Staudinger, U. M. (2011). Cardiovascular and coordination training differentially improve cognitive performance and neural processing in older adults. *Front Hum Neurosci.*, 17(5), 26.
28. Williams, RN, Susan Kemper. Exploring Interventions to Reduce Cognitive Decline in Aging. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* . 2010; 48(5): 42–51.
29. Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., & Santos, L. (2000). *Revista de Saúde Pública Journal of Public Health*, 34(2)
30. Ferreira, O.G.L., Maciel, S.C., Costa, S. M. G., Silva, A.O.S & Moreira, M. A. S. P. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. Jul-Set; 21(3): 513-8.
31. Wojtek Chodzko-Zajko & Andiana Schwingel (2009). Transnational Strategies for the Promotion of Physical Activity and Active Aging: The World Health Organization Model of Consensus Building in International Public Health. *Quest*, 61, 25-38.
32. Castro, P. C., Tahara, N., Rebelatto, J. R., Driusso, P., Aveiro, M. C. & Oishi, J. (2007). Influência da universidade aberta da terceira Idade (UATI) e do programa de revitalização (Revt) sobre a qualidade de vida de adultos de meia-idade e idosos. *Revista brasileira de Fisioterapia* 11(6), 461-7.
33. Sonati, J., Modeneze, D. M., Vilarta, R., Maciel, E. S. & Boccaletto, E. M. (2011). Body weight as an indicator of fat-free mass in active elderly women. *Maturitas*, 68(4), 378-81.
34. Ordonez, T., Lima-Silva, T. & Cachioni, M. (2011). Subjective and Psychological well-being of students of University of the third age. Benefits

of continuing education for psychological adjustment in the elderly, *Dementia e Neuropsychologia*, 5(3), 216-225.

35. Maniecka-Bryłaemail, I., Gajewska, O., Burzyńska, M. & Bryła, M. (2013). Factors associated with self-rated health (SRH) of a University of the Third Age (U3A) class participants. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57(2), 156-161.
36. Caetano, L. M. & Raposo, J. V. (2005). Atitudes dos Idosos face à Actividade Física. *Cuadernos de Psicología del Deporte.*, 5, ???37.
37. Arber, S. (1987). Social class, non-employment, and chronic illness: Continuing the inequalities in health debate. *BMJ*, 294, 1069-1073.
38. Janlert, U. (1997). Unemployment as a disease and disease of the unemployed. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 23, 79-83.
39. Giatti, L. & Barreto, S. M (2003). Health, work, and aging in Brazil. *Cad. Saúde Pública*; 19(3), 759-771.
40. Marmot, M. G. & Shipley, M. J., (1996). Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 years follow up of civil servants from the Whitehall study. *BMJ*, 313, 1177-1180.